ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

Composée de membres de l'Académie royale de médecine, de professeurs, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux civils et militaires, etc.

9.me ANNÉE. — TOME XXVII.

A PARIS,

CHEZ { BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.

1831.

COLLABORATEURS.

Les Auteurs qui jusqu'ici ont fourni des travaux aux ARCHIVES, ou se sont engagés à en fournir, sont MM. : ADELON ; profess. à la Fac. de Méd. ; ANDRAL fils, prof. à la Fac. ; BABINET, prof. de phys. : BÉCLARD, prof. à la Fac. ; BLACHE, D. M. : BIETT, méd. de l'hôpital Saint-Louis : BILLARD, D. M. : BLANDIN, chir. du Bureau cent. des hôpit. : BOUILLAUD, D.-M. : BOUSQUET, memb. de l'Acad. : BRESCHET, chir. ordinaire de l'Hôtel-Dieu : BRICHETEAU, memb. de l'Acad. : CHOMEL, prof. à la Fac. : J. CLOQUET, chir. de l'hôp. St.-Louis : H. CLOQUET, memb. de l'Ac. : COSTER, D.-M. : COUTANCEAU, méd. du Val-de-Grâce : CRUVEILHIER, professeur à la Fac. : CULLERIER, chir. de l'hôp. des Vénér. : DANCE, agrégé à la Fac. : DEFERMON, D.-M. : DESMOULINS, D.-M. : DESORMEAUX, prof. à la Fac. : DEZEIMERIS : P. DUBOIS, chir. de la Maison de Santé : DUDAN, D.-M. de la Fac. de Wurtzbourg : DUMERIL, memb. de l'Inst. ; DUPUYTREN, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu ; EDWARDS, D.-M. : ESQUIROL, med. en chef de la maison d'Aliénés de Charenton : FERRUS, méd. de Bicêtre : FLOURENS, D.-M. : FODERA, D.-M. FOUQUIER, prof. à la Fac. : GENEST, D. M, chef de clin. à l'Hôtel-Dieu : GEOFFROY-SAINT HILAIRE, membre de l'Institut : GEORGET, memb. de l'Acad. : GERDY, chirurg. de la Pitié : GOUPIL, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Strasbourg : GUERSENT, méd. de l'hôp. des Enfans : DE HUMBOLDT, membre de l'Institut : HUSSON, méd. de l'Hôtel-Dieu : ITARD, méd. de l'Institution des sourds-muets : JULIA FONTENELLE, prof. de chimie : LAENNEC, prof. à la Fac. : LAGNEAU, memb. de l'Acad. : LALLEMAND, prof. à la Faculté de Montpellier : LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen de la Fac. : LEBIDOIS, D.-M. : LISFRANC, chirurg. en chef de l'hôpital de la Pitié : LONDE, memb. de l'Acad. : LOUIS, memb. de l'Acad. : MARC, membre de l'Acad. : MARJOLIN, prof. à la Fac. : MARTINI, D.-M. : MENIÈRE, D.-M. : MIRAULT, D.-M. : MURAT, chirurg. en chef de Bicêtre : OLLIVIER, memb. de l'Acad. : ORFILA, prof. à la Fac. ; OUDET, D.-M. Dentiste, memb. de l'Acad. : PINEL, membre de l'Institut : PINEL fils, D.-M. : RAIGE-DELORME, D.-M. RATIER, D.-M. : RAYER, méd. de l'hôp. Saint-Antoine : RICHARD, prof. de botanique : RICHERAND, prof. à la Fac. RICHOND, D.-M., aide-major à l'hôpital milit de Strasbourg : ROCHE, memb. de l'Acad. : ROCHOUX, memb. de l'Ac. : RULLIER, méd. de la Charité : ROSTAN, méd. de la Salpêtrière : ROUX, prof à la Fac. : SANSON, chir. en second de l'Hôtel-Dieu : SCOUTETTEN, D.-M. attaché à l'hôpit. milit. de Metz : SÉGALAS, memb. de l'Acad. : SERRES, chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : TROUSSEAU, agrégé à la Faculté : VAVASSEUR, D.-M. : VELPEAU, agrégé à la Faculté, chir. du Bureau central des hôpitaux, etc. etc.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

SEPTEMBRE 1831.

Du phimosis congénial avec adhérence, chez les nouveau-nés; par M. S. Laugier, *D. M., chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.*

Il existe peu de choses à dire du phimosis congénial sans adhérence, après les remarques si justes et si ingénieuses de J. L. Petit. La poche transparente que forme le prépuce distendu par l'urine, qu'il y ait imperforation complète, ou que l'ouverture du prépuce soit beaucoup plus petite que celle du gland, l'irritation continuelle, la blennorrhée de ces parties, les adhérences accidentelles, les calculs qu'on observe par le séjour prolongé de l'urine, les incommodités du phimosis, lorsqu'arrive le temps de consommer l'acte de la copulation, la dilatation graduelle du prépuce médiocrement étroit par les érections, l'impuissance de ces érections, si le prépuce est trop étroit, s'il est trop long, si le frein est trop court, enfin les difficultés de l'opération dans le cas d'adhérences du prépuce au gland, l'hémorrhagie qui peut suivre cette opération; J. L. Petit a tout vu, tout apprécié avec cette supériorité de tact qui n'est autre que le génie.

Cependant il est encore quelques circonstances du phimosis avec adhérences qui sont omises dans son tra-

vail ; peut-être en est-il quelques-unes, et je veux parler surtout de l'opération convenable dans ces cas, qu'il serait bon de soumettre de nouveau à l'examen des chirurgiens et à une discussion approfondie.

J. L. Petit avait surtout vu les adhérences du gland au prépuce chez les adultes, après les ulcérations et les inflammations de leur surface. Dans la grande majorité de ces cas, les adhérences du prépuce et du gland ne sont pas générales; si elles exigent, d'après la méthode préconisée par J. L. Petit, des dissections pénibles dont il ne cherche pas à dissimuler la douleur pour le malade et la fatigue pour le chirurgien, au moins sont-elles le plus souvent exécutables à cause de l'âge du malade, qui lui permet de supporter une opération longue et laborieuse. Une seule fois J. L. Petit fit l'opération pour une adhérence congéniale du gland au prépuce, il ne dit pas quel âge avait le malade : au récit qu'il fait de l'opération, qui fut extrêmement pénible, on soupçonnerait que ce dût être un adulte. Ces adhérences étaient faciles à déchirer, et le gland put être dépouillé du prépuce comme *une anguille de sa peau*. Mais quelquefois, suivant J. L. Petit, les adhérences sont dures, et doivent être coupées en dédolant à petits coups de bistouri. Une dissection aussi pénible, faisable peut-être sur un adulte, est-elle praticable sur un enfant de quelques mois, de quelques heures ? Une observation récente me donne la conviction que cela est impossible.

La méthode que propose J. L. Petit, pour opérer le phimosis dans ces cas d'adhérences, suppose plusieurs données connues que l'opérateur n'a point toujours avant d'opérer; elle suppose de plus la ferme détermination de disséquer toutes les adhérences, ce qui peut être contr'indiqué par l'âge ou la faiblesse du sujet. Or, si le chirurgien a entrepris l'opération sans avoir de données posi-

tives, et s'il rencontre quelque circonstance qui l'empêche de l'achever, ses premières incisions auront été faites en pure perte; après quelques jours le malade verra la plaie se cicatriser, et les incommodités de son phimosis se reproduire. Avant d'examiner le procédé opératoire de J. L. Petit, étudions d'abord quelques circonstances du phimosis congénial avec adhérence chez les enfans, qui pourront nous servir à établir la meilleure manière de les opérer.

Si l'adhérence n'a lieu que dans une très-petite étendue, la maladie diffère à peine du phimosis congénial sans adhérence, le même procédé opératoire convient. Si l'adhérence a lieu dans la moitié de l'étendue des surfaces correspondantes du gland et du prépuce, et d'un seul côté: par exemple, sur toute la face antérieure jusqu'auprès du méat urinaire, alors la couche muqueuse du prépuce suit tous les mouvemens du gland, fait corps avec lui, tandis que la couche cutanée qui leur est unie, si ce n'est en avant, par un tissu cellulaire lâche, peut s'alonger au-devant du gland sans être accompagnée par sa couche muqueuse. Or, voilà ce qui arrive dans ce cas. Un enfant naît avec adhérence du prépuce au gland, soit générale, soit partielle, mais assez étendue : il y a d'ailleurs étroitesse du prépuce, mais non oblitération, qui donnerait lieu à la rétention complète. Il urine d'abord par un assez petit jet, sans douleur; il vide sa vessie un peu lentement, à peine y fait-on attention; peu-à-peu par les progrès lents de la croissance, la verge, son enveloppe cutanée se développent en même temps, mais la membrane muqueuse du prépuce liée étroitement au gland y reste adhérente, et ses adhérences ne s'alongent pas; tandis que la peau, qui ne leur est unie que par un tissu cellulaire lâche, s'alonge de telle sorte que l'extrémité de la portion flottante de la verge est un peu plus

éloignée du sommet du gland. Si les adhérences ont lieu jusqu'auprès du méat, le trajet que l'urine doit suivre pour arriver au-dehors est de plus en plus long, et en même temps il devient de plus en plus étroit. La peau est comme froncée en entonnoir au bout du pénis, de manière que si on veut introduire un stylet ou une sonde fine, on est obligé de déployer d'avant en arrière l'entonnoir cutané, comme on retourne un doigt de gant, pour arriver au méat urinaire. Cela explique comment un enfant, qui a d'abord assez bien uriné, urine de plus en plus mal jusqu'à ce que l'oblitération devienne complète, ainsi que la rétention. Le petit trajet cutané, devenu muqueux par le défaut d'exposition à l'air, est irrité par le contact de l'urine; la moindre tuméfaction accroît la dysurie, puisqu'elle diminue le calibre de ce canal: cette irritation peut être calmée par les bains, les boissons adoucissantes, etc., etc.; delà des alternatives de bien et de mal jusqu'à ce que le rétrécissement ait augmenté et que l'oblitération devienne permanente. Ce moment arrive plus ou moins promptement. Depuis quelques mois j'ai eu occasion de l'observer chez un enfant de deux mois et chez un autre enfant de six ans. Les parens de celui-ci, avant la rétention complète qui les a forcés à appeler du secours, avaient quelquefois remarqué que l'enfant était long à uriner, et qu'il tiraillait sa verge. Ces différences dépendent évidemment du degré d'étroitesse primitive, et peut-être aussi de la position des adhérences par rapport au méat urinaire. Chez l'enfant de six ans, toute la partie supérieure du gland était libre; la rétention n'est survenue que plus tard.

Quel moyen avons-nous, avant toute incision, de nous assurer de l'existence des adhérences? La remarque de J. L. Petit, sur la tumeur que forme le prépuce dans ce cas, peut servir souvent à les diagnostiquer: il est clair

en effet que si les adhérences du gland au prépuce sont générales, il n'est pas possible qu'il se forme la tumeur particulière qu'il a indiquée. Si ces adhérences n'existaient que d'un seul côté, la tumeur pourrait faire saillie du côté opposé ou sur deux côtés seulement. Ici la démonstration serait en effet complète. Mais il faut bien reconnaître que dans le cas d'adhérences générales, la valeur négative de ce signe ne sera pas aussi grande. Il est vrai que la tumeur ne se formera pas; mais alors qui répondra que la rétention d'urine tient seulement au phimosis et non pas à l'existence simultanée de quelque petit calcul ? Toutefois la remarque est à faire, et je l'avais faite sur l'enfant de trois mois : la poche ne se formait pas, et les adhérences étaient générales.

Si l'ouverture du prépuce permet d'introduire une petite sonde cannelée ou un stylet fixe, la facilité de ses mouvemens autour de la surface du gland sera certes le meilleur moyen d'apprécier l'existence et le siège des adhérences, mais il arrivera le plus souvent que cette introduction ne sera pas possible sans incision préalable, car, si elle était facile, les accidens n'auraient pas été aussi pressans que ceux qui ont fait recourir aux hommes de l'art. En saisissant la verge et en refoulant le gland d'avant en arrière, il est tout-à-fait impossible de juger s'il y a adhérence ou non. Le gland reste coiffé de la couche muqueuse du prépuce, et le mouvement du refoulement de cet organe se passe entre la peau et la membrane muqueuse, dans le tissu cellulaire sous-cutané. J'ai vu un praticien distingué nier à tort l'existence de ces adhérences, à cause de cette facilité de refouler le gland. Il fallut bien les reconnaître en faisant l'opération : elles étaient générales.

On voit donc qu'il n'est pas toujours possible d'avoir avant l'opération la certitude de l'existence des adhé-

rences du prépuce et du gland. Cependant supposons qu'une rétention d'urine complète force le chirurgien à agir sur-le-champ, quelle méthode opératoire devra-t-il suivre? Suivra-t-il celle que recommande J. L. Petit? Voyons en quoi elle consiste. Notre célèbre chirurgien ne met pas en doute s'il faut ou non détruire les adhérences: « De quelque côté que puisse venir cette adhérence, il est nécessaire de la détruire en faisant l'opération du phimosis. Heureux le chirurgien et le malade lorsque cette adhérence n'empêche pas l'introduction du bistouri! J'ai fait plusieurs de ces opérations, j'en connais la difficulté, les souffrances qu'elles causent au malade, et l'impatience dans laquelle elle le jette » (Tom. II, p. 439.)

J'ai de la peine à croire que J. L. Petit ait appliqué cette nécessité de détruire les adhérences aux enfans nouveau-nés. Des opérations longues et douloureuses, quand elles ne sont pas rigoureusement nécessaires, doivent être réservées pour un âge plus avancé. Il est presque toujours possible d'assurer le libre écoulement de l'urine, au moins pour quelque temps, par une opération plus simple. Les autres incommodités du phimosis pourront forcer le malade à se faire opérer de nouveau dans un âge plus avancé : mais il y a plus de dangers immédiats, pour l'enfant à la mamelle, dans une opération douloureuse et longue, quelquefois même suivie d'hémorrhagie, qu'il n'y a d'inconvéniens à attendre une seconde opération. Dans un âge aussi tendre, la seule indication impérieuse est de rendre libre le cours de l'urine.

J. L. Petit, pour le phimosis sans adhérence, opérait à l'aide de la sonde cannelée, comme tous les chirurgiens opèrent encore aujourd'hui. Dans le cas d'adhérences, si elles n'étaient pas générales, il introduisait encore la sonde cannelée du côté où son passage était possible, incisait de ce côté, et relevant le lambeau adhérent il en

dépouillait le gland comme *une anguille de sa peau*, coupant avec le bistouri aux points où l'adhérence était plus dure; ce qui, dit-il, ne pouvait se faire qu'avec de grandes douleurs pour le malade.

Si l'adhérence était générale, et qu'il ne pût faire passer le stylet ou la sonde, il opérait de la manière suivante: « Pour faire cette opération avec plus de facilité, je fis pincer la peau du prépuce d'un côté, et je la pinçai de l'autre avec le pouce et l'indicateur, puis je coupai longitudinalement dans le milieu, non seulement toute la peau, mais j'approchai de la membrane du gland le plus qu'il me fût possible, sans entamer le gland: et pour distinguer facilement cette membrane d'avec le gland, je faisais tirer l'un des angles de la plaie pendant que je tirais l'autre en sens contraire: quoique cette membrane soit collée au gland, étant ainsi tirée, elle est tendue et le gland reste mou. Cette tension de la membrane fait aussi qu'on la coupe plus facilement, et l'on reconnaît que l'on a coupé toute son épaisseur, à ce que dans les endroits où elle est entièrement coupée, elle s'écarte plus que dans les autres. Alors il ne s'agit plus que de séparer les adhérences. »

Et nous savons que quelquefois cela peut être fort difficile. D'après cette manière d'opérer, qu'arriverait-il si l'on jugeait trop difficile ou nuisible de détruire les adhérences? C'est que, malgré la charpie et le bandage, presqu'impossibles à maintenir sur un enfant de quelques jours ou de quelques mois, la plaie longitudinale du prépuce se réunirait promptement, le phimosis reparaîtrait et avec lui la dysurie.

Nous l'avons vu plus haut, c'est surtout la portion excédante du prépuce (lorsque d'ailleurs il n'y a point rétrécissement congénial du méat) qui cause un obstacle au passage de l'urine. Cela est si vrai, que quelques chi-

rurgiens ont regardé comme le seul moyen à employer dans ces cas la résection de cette portion libre du prépucé, qui quelquefois devient dure. C'est la seule opération qu'indique Sabatier pour le phimosis congénial. Le chirurgien saisit la portion alongée et endurcie du prépuce, entre le pouce et le doigt indicateur de la main gauche; il fait tenir la portion saine de cette membrane par un aide qui repousse le gland vers le pubis, et il retranche ensuite la première d'un coup de bistouri. C'est une vraie circoncision qui n'entraîne aucune suite après elle.

Cependant un ouvrage classique qu'on relit avec d'autant plus de fruit et d'intérêt qu'on a fait plus de progrès dans l'étude de la chirurgie, le *Traité des maladies chirurgicales* de M. Boyer, blâme cette dernière opération. « L'expérience prouve que la circoncision ou la résection de l'extrémité trop alongée du prépuce cause à toute la circonférence du prépuce une tuméfaction inflammatoire à la suite de laquelle cette circonférence reste dure, peu extensible, en sorte que le gland *ne peut être mis à découvert*, et qu'on est obligé de fendre longitudinalement le *reste* du prépuce à la partie supérieure. »

On conçoit en effet que la section de l'extrémité libre du prépuce puisse être suivie d'un pareil inconvénient, parce que le gland n'est point à découvert, et que la cicatrice placée au-devant du sommet du gland pourra être trop étroite. Mais si d'un seul coup on enlevait non-seulement cette portion libre et flottante de la peau du prépuce, mais même toute celle qui recouvre le gland jusqu'à sa couronne, on éviterait sûrement l'espèce de récidive mentionnée par M. Boyer. Dans le cas d'adhérence, toute la portion muqueuse du prépuce qui est restée collée au gland, est, par cette première section, parfaitement à découvert; il est alors facile de voir s'il est

possible d'introduire d'un côté ou d'autre un stylet cannelé pour achever la section du prépuce et l'excision de sa couche profonde dans les points où elle est libre. Si, au contraire, l'adhérence est générale, et qu'on ne puisse ou ne veuille pas, à cause de l'âge de l'enfant, faire une dissection pénible de cette union anormale, on a fait pour lui tout ce qu'il était convenable de faire pour le moment, en mettant à nu le méat urinaire dont nous supposons l'ouverture libre, mais qu'il serait bon encore d'avoir découverte si elle était trop étroite, puisqu'on devrait l'aggrandir par une opération ultérieure. Cette section est prompte, beaucoup plus que l'incision longitudinale recommandée par J. L. Petit, ou faite d'après M. Lisfranc, comme si on opérait une hernie. De plus, elle convient à tous les cas, et surtout à celui où des adhérences plus ou moins étendues et dures sur la face supérieure du gland, rendent tout-à-fait insuffisante la première incision de J. L. Petit, et conduisent forcément, si l'on a opéré par sa méthode, à la dissection pénible qu'il importe d'éviter chez les nouveau-nés. Or, comme il est quelquefois impossible de connaître l'existence, le siège et la nature de ces adhérences avant l'opération, il vaut mieux, dans l'incertitude, pratiquer l'espèce de circoncision que je viens d'indiquer. Cette opération est si simple, qu'il n'est pas même besoin d'aide, si ce n'est pour contenir le petit malade. Cependant il faut une attention convenable pour ne pas amener au-devant du gland une trop grande quantité de peau, car alors une portion du corps caverneux pourrait être dépouillée de tégumens.

Il suffira de citer ici les deux observations dont j'ai parlé plus haut, pour faire voir que cette méthode d'opérer est préférable.

Un enfant, bien conformé d'ailleurs, naquit avec un phimosis congénial. Il urinait assez bien; j'espérai qu'il

pourrait atteindre l'âge de puberté, pour que l'opération fût pratiquée : il n'en fut pas ainsi. La difficulté d'uriner s'accrut, le jet devint tellement fin qu'il ressembloit à un fil; l'enfant criait chaque fois qu'il allait uriner, et s'appaisait lorsqu'il avait satisfait à ce besoin. Il fallait évidemment opérer. L'introduction d'un stylet ou d'une sonde cannelée était impossible. Pendant l'émission de l'urine, la poche transparente décrite par J. L. Petit ne se formait pas. Y avait-il adhérence entre le gland et le prépuce ? ces adhérences étaient-elles générales ? Cela était probable. Le gland était facilement repoussé en arrière vers le pubis, et ne paraissait pas adhérer au prépuce. Une première tentative fut faite pour pratiquer l'opération du phimosis suivant le procédé proposé d'une manière générale dans ces dernières années, par M. Jules Cloquet, c'est-à-dire, en bas et de côté. On crut à tort avoir pénétré sous le prépuce avec la sonde cannelée; la peau seule fut incisée, mais comme c'est la peau dont l'extrémité gêne le passage de l'urine, le méat urinaire ayant été mis à découvert, l'enfant urina mieux. Toutefois, en peu de jours la cicatrisation eut lieu, et la dysurie recommença. C'est alors que soupçonnant que l'adhérence était générale, et reculant devant l'idée de disséquer toute la surface du gland, on pratiqua la circoncision en saisissant le bout du prépuce doucement attiré au-devant du gland, que repoussait en le protégeant le doigt d'un aide. L'opération fut faite d'un seul coup de bistouri. La couche muqueuse du prépuce adhérait au gland dans toute sa surface jusqu'auprès du méat urinaire, à la distance d'un tiers de ligne. Celui-ci avait sa largeur normale : aussi le petit malade urina facilement. Aucune hémorrhagie n'eut lieu, aucun pansement ne fut fait. On se contenta de baigner souvent l'enfant, dont la gaîté ne fut pas sensiblement diminuée. Aujourd'hui plusieurs mois se sont

écoulés; le cours des urines est encore libre. La force de rétraction de la circonférence au centre, ordinaire aux cicatrices, amènera-t-elle la peau de la verge vers le méat pour le recouvrir encore ? y aura-t-il par suite de ce mouvement une nouvelle dysurie ? C'est ce que l'avenir nous apprendra. Toujours est-il que pour le moment nous avons, en rétablissant le cours de l'urine, évité une opération douloureuse et longue qu'un enfant aussi jeune aurait peut-être difficilement supportée. L'autre enfant, nous l'avons dit, avait six ans. Une dysurie habituelle, suivie de rétention d'urine complète, força son père à l'amener au Bureau central d'admission dans les hospices, pour y chercher du secours. La vessie était fort distendue, il était urgent d'agir. L'impossibilité d'introduire dans l'ouverture du prépuce la plus petite sonde, me fit recourir de suite à l'opération. J'étais sans aide pour garantir le gland. Le père de l'enfant le maintint, et seul je dus pratiquer la section du prépuce; je la fis comme je l'ai indiqué plus haut, en ayant soin de ne pas attirer trop de peau. Le gland resta coiffé de la couche muqueuse de son enveloppe. Une petite sonde cannelée introduite entre la partie supérieure du gland et la couche adhérente du prépuce, servit au débridement ordinaire du phimosis sans adhérences. Celles-ci n'existaient que sur les côtés, d'avant en arrière. Le méat était convenablement large; mais il fallut pratiquer le cathétérisme; la vessie avait été trop distendue pour pouvoir se contracter.

Ici l'opération de J. L. Petit aurait pu être pratiquée, parce qu'il n'y avait pas d'adhérence en avant; mais, d'une part, elle eut été plus longue; de l'autre, on ignorait si les adhérences existaient, si elles étaient ou non générales. Il valait mieux pratiquer la circoncision, qui est en même temps le meilleur moyen d'investigation

pour reconnaître l'existence, le siège, l'étendue de ce vice congénial.

En nous résumant, nous pouvons dire que dans le cas de phimosis congénial chez les enfans nouveau-nés, avec ou sans adhérence, lorsqu'il est impossible d'introduire un stylet cannelé, il est préférable de pratiquer la circoncision.

2.° Qu'ainsi pratiquée elle a l'avantage d'éviter des tâtonnemens laborieux, de mettre le méat urinaire à nu, et de laisser ainsi à l'opérateur la liberté de détruire ou non, suivant les circonstances, les adhérences du gland au prépuce.

3.° Que cette opération faite de manière à réséquer toute la peau qui recouvre le gland, n'a pas les inconvéniens justement reprochés à la seule section de l'extrémité libre et quelquefois endurcie du prépuce.

On sent bien que je n'ai pas la prétention de donner l'excision du prépuce par circoncision, comme une opération neuve. M. Cullerier, dans son article *Phimosis*, du *Dictionnaire des Sciences médicales*, compte les adhérences du prépuce et du gland au nombre des circonstances qui réclament l'excision du prépuce, et il reconnaît deux manières de faire cette excision, celle de J. L. Petit et la circoncision. Aussi je n'aurais pas appelé de nouveau l'attention des praticiens sur ce mode d'opération appliqué aux adhérences du prépuce chez les nouveau-nés, si, dans les ouvrages les plus justement accrédités, on n'avait pas proscrit la circoncision dans tous les cas de phimosis, préconisé la destruction des adhérences du prépuce et du gland, sans distinction des enfans nouveau-nés et des adultes, et recommandé pour ces cas spéciaux une méthode opératoire moins facile et plus douloureuse que la circoncision.

Observations médicales sur quelques maladies rares ou peu connues, et particulièrement sur les affections des organes génitaux ; faites par M. RENNES, *D. M. P., à l'occasion de l'examen des jeunes gens des classes de* 1828 *et* 1829, *par le Conseil de révision du département de la Dordogne.* (II.e et dernier article.)

II.e PARTIE. — *Difformités et infirmités des organes génitaux.*

Au nombre des maladies qui entraînent l'exemption du service militaire, celles qui atteignent les organes de la génération sont peut-être les plus communes. Il faut avoir fréquenté les conseils de révision pour se faire une idée exacte de l'extrême susceptibilité de ces organes. Dans les circonstances ordinaires de la vie, une sorte de honte attachée à l'existence de ces infirmités nous en dérobe souvent la connaissance, et comme toutes ne sont pas également incommodes ou douloureuses, ce n'est guère que lorsqu'elles sont déjà parvenues à un degré avancé, que les malades nous en font la confidence. Devant les conseils de recrutement, au contraire, la loi impose aux conscrits l'obligation de se déshabiller entièrement, afin que leur validité ou leur invalidité puisse être constatée d'une manière certaine. Dans cet examen les organes génitaux ne sont pas oubliés. Quelle que soit la répugnance des jeunes gens à s'y soumettre, quel que soit le dégoût qui accompagne ces sortes de visites pour le médecin, l'intérêt même des conscrits commande d'y apporter la plus scrupuleuse attention, puisqu'il arrive fréquemment qu'ignorant la nature ou le degré de gravité d'une infirmité dont

ils étaient porteurs, ils sont réformés pour une maladie qu'ils ne savaient pas devoir être un motif d'exemption et qu'ils eussent négligé de faire valoir, si l'examen du médecin ne leur en eût fait connaître l'importance. On aura peine à croire que dans le département de la Dordogne, où la syphilis est certainement peu répandue, les seules maladies de l'appareil génital figurent pour un cinquième dans les réformes prononcées. C'est cependant ce que j'ai pu vérifier deux années de suite, et cela a d'autant plus lieu d'étonner qu'il s'agit ici de jeunes gens de vingt ans, qui n'ont pas encore été exposés aux causes nombreuses qui sont susceptibles de développer ces affections par la suite. Quoi qu'il en soit, l'expérience démontre que ces maladies ou infirmités sont beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement. C'est un fait dont il faut tenir compte; et si ensuite nous voulons nous livrer à une étude plus spéciale de ces affections, si nous voulons recueillir des observations nombreuses et nous élever à des résultats généraux, il faut convenir que nulle position n'est plus avantageuse que celle du médecin attaché aux conseils de révision, devant lequel tous les infirmités cachées sont mises forcément à découvert. Quel plus beau champ d'observations, en effet? Plusieurs milliers d'individus placés dans des circonstances identiques relativement à l'âge, mais différentes quant à la constitution, au tempérament, aux habitudes, à la profession, etc., puisque toutes les classes de la société s'y trouvent réunies; examen libre et complet (autant que la brièveté des opérations peut le permettre); faits nombreux et variés; termes de comparaison rapprochés les uns des autres; facilité d'apprécier les causes générales et les causes particulières : ce sont là des avantages que l'on ne rencontre pas toujours réunis, et dont il importe de profiter toutes les fois que la circonstance se présente.

Les difformités et infirmités des organes de la reproduction chez l'homme, qui ont plus particulièrement fixé notre attention dans l'examen des classes de 1828 et 1829, soit à cause de leur rareté, soit au contraire, à cause de leur retour plus fréquent, sont les suivantes : 1.° l'hypospadias; 2.° la monorchidie; 3.° la triorchidie; 4.° le varicocèle; 5.° le pneumatocèle ou insufflation artificielle des bourses avec quelques circonstances particulières. Nous y joindrons quelques mots sur les hernies inguinales, qui s'en rapprochent par leur siège et par le mystère dont leur existence est habituellement environnée.

L'*hypospadias*, si l'on en doit juger par les observations qui nous sont propres, n'est pas une infirmité extrêmement rare, puisque nous l'avons rencontrée une dixaine de fois sur trois mille individus environ soumis à la visite, soit en 1829, soit en 1830; ce qui établit la proportion de $\frac{1}{300}$ pour le nombre de ceux qui en sont atteints. D'après les mêmes calculs, basés sur des observations positives, la proportion des individus à un seul testicule ne serait que de $\frac{13}{500}$ et celle des individus à trois testicules de $\frac{1}{800}$ seulement, en admettant toutefois que les faits que nous avons observés se rapportent réellement à ce dernier genre d'anomalie. Quoi qu'il en soit nous avons rencontré l'hypospadias un assez grand nombre de fois, tant dans cette circonstance que dans notre pratique antérieure, pour que nous puissions en donner par nous mêmes une description plus exacte et plus complète qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Dans l'hypospadias, l'ouverture de l'urètre au lieu de se trouver à l'extrémité du cône qui termine la verge, est située au-dessous du membre, le plus souvent à la base du gland, à trois ou quatre lignes de distance du trou imperforé qui remplace l'orifice naturel du canal. L'ouverture qui livre passage à l'urine est toujours très-petite, de di-

mension à admettre à peine la tête d'une épingle arrondie, et en quelque sorte valvulaire : il faut déplisser le prépuce à la partie inférieure et concave de la verge, pour l'apercevoir. Ses bords sont lisses et minces, de la couleur de la membrane muqueuse qui les revêt. L'orifice lui-même est assez semblable à l'ouverture des veines de moyenne dimension, dans les troncs principaux dont elles dépendent.

En même temps le pénis, qui est toujours fort court, souvent petit, est recourbé en bas à son extrémité. Le frein, qui s'insère à la partie postérieure de l'ouverture, est très-court ; il forme bride et tire le prépuce en arrière. Il résulte que cette membrane, au lieu d'environner le gland comme à l'ordinaire, est échancrée à sa partie inférieure jusqu'au siège de l'orifice accidentel de l'urètre, tandis que, longue et plissée supérieurement, elle forme au-dessus du gland une espèce de tablier charnu, taillé carrément, lequel s'étend jusqu'à l'extrémité oblitérée de la verge et la contourne en quelque sorte. L'échancrure inférieure, tapissée par une membrane muqueuse, s'étend, du reste, d'autant plus en arrière, que l'ouverture de l'urètre se rapproche davantage de la symphyse des pubis.

Cette disposition particulière du prépuce est tellement caractéristique, que, à son seul aspect, on peut annoncer d'un manière certaine l'existence de l'hypospadias. Plusieurs fois elle m'a servi à le reconnaître chez des jeunes gens qui, par honte ou par ignorance, ne déclaraient pas en être atteints. Nous l'avons constamment observée, même dans un cas où l'ouverture contre-nature était située dans le méat urinaire lui-même, à une ligne seulement de l'extrémité du pénis. Il est vrai que, chez cet individu, le prolongement supérieur du prépuce était moins marqué, le gland moins abaissé et le pénis moins court

que de coutume : l'incommodité était très-légère. Une disposition semblable s'est offerte à notre examen dans une autre circonstance où l'hypospadias paraissait être le résultat d'une lésion accidentelle survenue après la naissance.

Aucun de ces individus ne nous a dit être atteint d'incontinence d'urine. Quant aux circonstances qui accompagnent l'érection et l'émission du sperme chez les hypospades, nous n'avons été ni assez libres ni assez indiscrets pour interroger, à ce sujet, de malheureux jeunes gens déjà assez humiliés de leur infirmité.

Comment se forme l'hypospadias ? Nous manquons de faits qui nous soient propres pour l'établir. Nous n'en avons vu aucun où l'orifice de l'urètre fût situé à l'angle de réunion de la verge avec les bourses. Or, on conçoit que les faits de ce genre peuvent surtout éclairer la question. Il peut arriver alors que le pénis réduit à ses plus petites dimensions, bridé inférieurement par les bords du prépuce et terminé par un gland imperforé, simule assez bien le clitoris, derrière lequel se trouve une échancrure ou fente plus ou moins profonde, dans laquelle on rencontre un pertuis semblable au méat urinaire chez la femme; et si les testicules se dessinent en même temps de chaque côté de l'ouverture qui donne passage à l'urine, on peut rester indécis sur le sexe de l'individu ou croire à l'hermaphrodisme. La monstruosité provient alors de la division des parties symétriques à une époque quelconque du développement utérin, division plus ou moins étendue, selon que l'ouverture accidentelle a lieu dans le *bulbe* de l'urètre ou dans la *fosse naviculaire*, et qui reconnaît une cause analogue à celle du bec-de-lièvre, du *spina-bifida*, etc. C'est d'après une théorie exactement semblable que l'on doit expliquer l'*épispadias*, infirmité beaucoup moins commune, dans laquelle la

difformité provient de la désunion accidentelle des deux moitiés latérales au-dessus du pénis. Que cette division ou interruption de la suture moyenne soit étendue à la région hypogastrique, elle donne naissance à un autre genre d'altération qui a reçu le nom *d'exstrophie de la vessie.* Les muscles abdominaux sont alors séparés de chaque côté de la ligne blanche; les pubis sont disjoints; la partie antérieure de la vessie est divisée longitudinalement; ses bords sont adhérens à la peau du bas-ventre. Le fond de l'organe, renversé et projeté en avant, forme une tumeur comme fongueuse, de laquelle l'urine suinte goutte à goutte par les deux orifices des uretères. Cette difformité entraîne d'ordinaire l'existence d'un épispadias imparfait, et alors on trouve l'orifice de l'urètre oblitéré; le pénis fort court ou atrophié, que sillonne à sa face dorsale une gouttière longitudinale correspondant à l'urètre, divisé supérieurement; le gland dépourvu de prépuce, excepté en dessous où il forme un bourrelet à l'inverse de l'hypospadias. En un mot, toutes les parties sont divisées, à partir de l'ombilic jusqu'à la pointe de la verge, comme si on se fût servi du scalpel pour inciser d'abord les tégumens du bas-ventre, puis la symphyse, la peau, le prépuce et le canal de l'urètre dans sa paroi supérieure. Que l'on divise ensuite le col de la vessie et la partie antérieure de cet organe; que l'on fixe les bords de la division aux tégumens; que l'on pousse de dedans en dehors les viscères abdominaux, de manière à faire saillir le bas-fond de la vessie, et l'on se fera une idée exacte du mécanisme de cette déformation. Pour imiter l'hypospadias, le procédé est beaucoup plus simple, puisqu'il suffit d'inciser le canal à sa partie inférieure, dans une portion plus ou moins étendue de sa portion spongieuse, depuis le méat urinaire jusqu'au bulbe. Les déformations concomittantes ne sont que les

phénomènes subséquens de la division primitive de parties naturellement réunies.

La longueur de la forme du pénis présente une singulière variété chez les individus de même taille, de même constitution, de même tempérament, et je ne crois pas que l'on puisse établir de rapport quelconque entre le développement de cet organe et la forme ou la dimension des traits du visage, ainsi qu'on s'est efforcé de le faire, dans une intention plus cynique que médicale. Je n'en veux pas dire davantage sur ce sujet, mais je ne puis m'empêcher de rapporter, comme trouvant naturellement ici sa place, le fait d'un caporal du 19.me régiment de ligne, en garnison à Strasbourg, qui, bien que présentant une conformation régulière des organes génitaux, se figurait être privé du pénis, et était pénétré de cette idée à tel point, que toutes les fois que l'on devait passer la visite de santé (ainsi qu'on l'appelle dans les régimens), pour diriger sur l'hôpital les individus atteints de maux vénériens, il venait prier instamment le chirurgien aide-major du bataillon de le dispenser de cet examen et de lui éviter l'humiliation d'exposer son infirmité devant ses camarades, puisque étant dépourvu de l'organe essentiel au coït, il ne pouvait être dans le cas de l'inspection. Le jeune homme du reste était fort intelligent et fort exact à ses devoirs; il ne présentait d'autre trace d'affection mentale que cette *monomanie* singulière.

Les *affections du testicule* m'ont fourni le sujet de remarques beaucoup plus nombreuses.

Au premier rang je dois placer les anomalies, soit dans le nombre, soit dans la situation des testicules : viennent ensuite les maladies de ces organes dont je ne sépare pas l'hydrocèle et même les hernies inguinales, qui s'en rapprochent par leur siège et par des apparences qui en imposent quelquefois à un œil peu exercé.

Voici les observations que nous avons faites sur les *individus à un seul testicule*. Ceux que nous avons rencontrés sont au nombre de sept, y compris un *monorchide accidentel*, dont il sera question plus tard. Le second testicule existait-il dans l'intérieur de l'abdomen ? C'est ce qu'il nous a été impossible de constater d'une manière suffisante; mais nous avons pu reconnaître que celui qui était contenu dans les bourses était généralement plus volumineux que de coutume : d'où l'on peut inférer qu'il était unique et qu'il n'en existait pas un second dans l'abdomen. C'était tantôt le gauche, tantôt le droit qui manquait, et tous ces individus monorchides étaient d'une taille élevée et d'une forte constitution, ce qui confirme l'opinion que cette difformité ne peut être attribuée à faiblesse, et explique jusqu'à un certain point comment ceux qui en sont porteurs seraient plus aptes à la génération que les individus régulièrement conformés. Toutefois ce ne serait pas là une raison péremptoire, puisque cette aptitude plus grande s'explique également par la présence d'un autre testicule dans un lieu dont la température est toujours plus élevée.

Chez un jeune homme qui portait un des testicules dans le canal inguinal, l'erreur eût été possible : mais l'examen attentif des parties nous fit reconnaître promptement cette anomalie qui s'est reproduite plusieurs fois dans les opérations du conseil, tantôt pour un seul des testicules facile à apprécier, soit au-devant, soit en arrière de l'anneau, tantôt par ces deux organes à-la-fois.

J'ai rencontré aussi un *monorchide accidentel*, à l'égard duquel la méprise eût été inévitable, si je n'eusse été averti d'avance de la nature de la maladie qui avait fait disparaître l'un des deux organes. Le testicule gauche en effet était tombé spontanément en putréfaction, me dit le chirurgien qui avait été appelé à lui donner des

soins, lorsque la gangrène était déjà établie, et qui n'eut rien autre chose à faire que de pratiquer une incision. Le testicule était tombé avec une portion du scrotum, et la cicatrice avait disparu dans les plis de la peau. Du reste, il n'existait aucune trace du cordon des vaisseaux spermatiques, remonté sans doute dans l'abdomen ou réduit à l'état celluleux. Le testicule qui restait n'avait que le volume ordinaire; la chute de l'autre avait eu lieu vers l'âge de seize ans.

Dans une autre circonstance, le testicule droit existait seul dans les bourses chez un sujet de 22 ans. Ce jeune homme nous déclara que le testicule gauche se manifestait quelquefois à l'anneau, et qu'il éprouvait alors de vives douleurs dans les efforts auxquels il tentait de se livrer. Le testicule droit n'était pas plus gros que de coutume. Le même individu nous déclara que, bien qu'il eût un de ces organes habituellement dans le ventre, il n'était pas plus porté au coït pour cela; qu'au contraire il aimait mieux le vin que les femmes.

Les individus *à trois testicules*, que nous avons rencontrés au nombre de quatre seulement, étaient tous gens forts et bien portans. Etaient-ils plus vigoureux en amour ? Je l'ignore. Peut-être étaient-ils plus faibles : c'est une opinion assez généralement établie. On connaît l'exemple cité par Voltaire, de trois frères de la plus grande naissance, dont l'un possédait trois testicules, l'autre n'en avait qu'un seul, et le troisième n'en avait pas d'apparens; ce dernier était le plus vigoureux des trois. Dans ces cas, il faut faire attention au siège de ces organes : un testicule à l'anneau reste nécessairement comprimé et peut s'atrophier à la longue.

L'existence des individus à trois testicules est chose sujette à discussion. J'ai rencontré également deux organes du côté droit ou deux organes du côté gauche. Ces

organes étaient superposés, bien distincts, et attachés à un cordon unique. Cependant comme la saillie qui correspond à l'épididyme n'était bien marquée ni dans l'un ni dans l'autre, il est permis d'établir un doute qu'on ne pou r 't lever que par l'autopsie. Dans un cas singulier, les deux testicules existaient de chaque côté dans les bourses, comme à l'ordinaire; un troisième organe de même forme et de même consistance que les deux autres, un peu plus petit seulement, était situé postérieurement dans le tissu cellulaire du périnée, où il formait une saillie ronde, mobile, et résistant à la pression exercée pour la faire disparaître. Le cordon particulier à ce testicule surnuméraire, si telle était réellement sa nature, n'était point senti à la partie antérieure, et semblait plutôt se dessiner vers l'anus. Mais quelle obscurité! n'était-ce point une glande, sans rapport peut-être avec l'appareil génital? Il n'est pas présumable que ce fût une hernie: cette tumeur s'était fait voir de très-bonne heure, et n'avait jamais été susceptible de réduction.

Assez récemment j'ai pu croire quelque temps à la manifestation d'un troisième testicule, chez un enfant de la ville que j'habite. Une tumeur arrondie, mobile, irréductible, de la grosseur d'une noisette, se manifesta chez un jeune garçon de six ans, à la suite d'une douleur assez vive. Cette tumeur était située dans le canal inguinal: poussée en bas et en avant elle faisait saillie sous la peau et ne pouvait être ramenée dans le ventre. Elle conserva le même volume pendant quinze jours, sans inflammation sensible et sans douleur; elle semblait unie aux vaisseaux testiculaires. Bientôt elle augmenta de volume: je crus reconnaître l'existence d'une glande; j'employai quelques fondans: la tumeur disparut d'une manière assez brusque. Trois mois après, une nouvelle tumeur, d'une apparence à-peu-près semblable, s'est manifestée dans le même

point, mais réductible cette fois. J'ai reconnu l'existence d'une hernie épiploïque commençante, et j'ai lieu de croire qu'elle sera guérie par l'application continuée d'un brayer.

On voit, par ces exemples, combien les méprises sont faciles. Pour notre part, nous ne sommes pas en mesure de trancher la question de l'existence simultanée de trois testicules chez le même individu. Il faut ici des autopsies sans lesquelles on ne peut rien établir de positif.

Voilà pour le nombre des testicules : quant à leur *volume* il présente de grandes variétés. J'ai vu les deux testicules égaler la grosseur d'un fort œuf de poule, sans qu'il existât de maladie appréciable de ces organes. J'ai rencontré rarement à cet âge des maladies de la *substance propre* du testicule : une seule fois j'ai observé une production de consistance cartilagineuse accollée à la face interne du testicule. *L'hydrocèle* s'est offerté plus fréquemment à notre examen. J'ai vu, dans une circonstance, une cicatrice étroite, enfoncée, résultat de l'adhérence de la peau du scrotum au testicule, à la suite de la piqûre de cet organe dans l'opération de la ponction. La cure avait été radicale; le testicule n'était ni augmenté de volume, ni altéré dans ses formes. Le *varicocèle* s'est présenté chez un dixième des individus visités. Le nombre des *hernies* s'est montré moitié moindre, ce qui ne s'observe pas, je pense, d'une manière générale dans tous les départemens. Je n'ai guère observé qu'une seule sorte de hernie, la *hernie inguinale;* je n'ai pas remarqué qu'elle fût plus fréquente d'un côté que de l'autre. Quant aux *hernies congéniales,* il nous a paru qu'elles avaient une singulière tendance à guérir d'elles-mêmes ou par l'effet des moindres soins; car, si plusieurs conscrits nous en ont accusé l'existence à une époque antérieure, nous en avons rarement constaté l'existence

actuelle, et nous avons pu fréquemment nous assurer que ces hernies, ayant existé reellement, avaient été guéries radicalement. Un cordon plus épais manifestait alors la réduction de la tunique péritonéale en un faisceau ligamenteux : on observait aussi quelquefois l'épaississement du tissu cellulaire ambiant. Du reste, la cure radicale n'est pas seulement applicable à cette espèce de hernie : j'ai pu la constater dans quelques circonstances de ma pratique particulière, où il s'agissait de hernies peu volumineuses et traitées par l'application du brayer à l'origine de leur développement.

Varicocèle. — Sous le nom de varicocèle, nous comprenons également le cirsocèle, ou tumeur variqueuse du cordon proprement dit, lequel se rencontre à-peu-près dans les mêmes proportions, dérive des mêmes causes que le varicocèle, et n'est souvent que le premier degré de la maladie, tandis que d'autres fois au contraire il survient consécutivement à l'affection variqueuse du testicule, et peut en être considéré comme le plus haut point. Nous ne confondons pas le varicocèle avec la dilatation des veines du scrotum, dont l'origine est différente.

Le varicocèle est l'une des infirmités que nous avons rencontrées le plus communément comme motif de réforme, chez les jeunes soldats de la Dordogne. L'extrême fréquence de cette affection, nous ayant frappé de prime-abord, nous suggéra l'idée de profiter de cette circonstance pour rechercher la cause d'une affection si commune, dans certains cantons en particulier. Si nos observations, quelque nombreuses qu'elles soient, ne nous ont pas conduits directement à la solution du problème que nous nous étions proposé, elles établissent du moins quelques résultats généraux qu'il ne sera point inutile de relater, et qui peuvent éclairer l'histoire du varicocèle.

Ainsi, 1.° nous avons pu remarquer cette affection

d'une manière distincte, chez le cinquième ou le sixième des individus réformés par le conseil de révision; ce qui peut donner un total de trois cents et quelques jeunes gens atteints de varicocèle, pour les deux années 1829 et 1830.

2.° Chez tous, sans exception, l'engorgement des vaisseaux testiculaires s'est rencontré invariablement du côté gauche. Si quelque chose de semblable au varicocèle se manifestait du côté droit, cela se bornait à l'engorgement simple des veines du scrotum, qui accompagnait l'engouement toujours plus considérable des vaisseaux spermatiques du côté gauche.

3.° L'existence du varicocèle s'annonçait le plus souvent à la première vue, par le relâchement du scrotum, l'abaissement du testicule devenu pendant, l'épaisseur plus considérable du cordon, et la saillie des vaisseaux veineux formant le chapelet à travers la peau des bourses. D'autres fois cette infirmité était bien moins apparente; il fallait en quelque sorte en être instruit pour la découvrir. Il est arrivé plusieurs fois que l'engorgement des vaisseaux ne s'est prononcé qu'après un certain nombre de tractions, soit que l'impression du froid resserrât le scrotum dans les premiers momens de l'exposition à l'air, soit que la peur produisît un effet analogue sur les vaisseaux. En attendant quelques instans, la maladie se dessinait parfaitement, et ne permettait plus d'en nier l'existence.

4.° Quant aux inconvéniens du varicocèle, l'on ne peut révoquer en doute qu'ils ne soient assez graves en certains cas, et qu'il ne forme un obstacle à la marche lorsqu'il est porté à un certain degré. Nous avons vu, par exemple, le testicule atrophié et comme détruit à la suite de cette affection. Plus souvent nous l'avons rencontré douloureux; mais aussi nous avons constaté que sur le grand nombre de ceux qui en sont atteints, un tiers au moins n'en éprouve

presque aucune incommodité. Beaucoup de jeunes gens qui en sont porteurs ne s'en doutent nullement, et attribuent à la faveur une réforme qu'on leur accorde trop facilement dans les circonstances de ce genre, parce qu'on s'en tient littéralement aux termes des instructions, sans s'inquiéter de l'esprit de justice qui a dû présider à la confection de la loi, et qui se trouve blessé par des exemptions prononcées sans motifs suffisans d'invalidité.

De cet exposé, il résulte peu de lumière pour l'appréciation de la cause du varicocèle; mais il reste ce fait constant que sur plus de trois cents individus atteints de cette affection, l'engorgement variqueux des veines spermatiques s'est manifesté exclusivement du côté gauche. Dès lors, toute théorie par laquelle on voudra expliquer la formation du varicocèle devra nécessairement tenir compte de cette circonstance remarquable et en donner une raison satisfaisante : ce qui limite singulièrement le nombre des causes auxquelles on peut attribuer le développement du varicocèle.

Parmi ses causes probables, la disposition particulière du colon descendant qui forme une espèce d'*S* dans la fosse iliaque gauche, et la situation de l'intestin rectum du même côté de l'os sacrum, se sont présentés naturellement à l'esprit des observateurs comme la cause organique de ce phénomène. Cette opinion est même la seule qui mérite quelque crédit. Mais on peut se demander comment il se fait alors que tous les hommes ne soient pas atteints de la même infirmité : il faut bien qu'il y ait dans ce cas une cause secondaire qui détermine la maladie, dont la disposition anatomique ne peut être considérée que comme sa cause prédisposante. Est-ce la profession? est-ce le genre de nourriture?

Quant à la profession, je n'ai pas observé que les individus qui exerçaient tel ou tel métier en fussent plutôt

atteints que les autres. Je l'ai rencontrée en général chez les individus livrés à un travail pénible quelle qu'en fût la nature; ainsi, chez des menuisiers, chez des charpentiers, des forgerons, des verriers, et surtout chez les jeunes gens employés aux travaux de la terre. Il est vrai que ces derniers figuraient pour les trois quarts dans le nombre des individus soumis à la visite. Faudra-t-il admettre que cela tienne à la manière de se vêtir, à la ceinture de la culotte, par exemple, qui comprime les organes abdominaux au-dessus des hanches, lorsqu'elle n'est pas soutenue par des bretelles? L'observation ne m'a rien appris de semblable. Je l'attribuerais plutôt à l'habitude des travaux forcés. Dans ces circonstances les organes abdominaux, comprimés et refoulés en bas par les muscles inspirateurs et expirateurs, agissent avec d'autant plus d'efficacité sur les vaisseaux du côté gauche, que l'*S* iliaque et le rectum se trouvent plus habituellement remplis par les matières qui s'y rassemblent et s'y durcissent en raison directe de leur séjour. Dans cette hypothèse, la constipation augmenterait la disposition au varicocèle, et le genre de nourriture pourrait contribuer, en ce sens, au développement de cette maladie. J'avais pu croire, en effet, que l'usage des châtaignes, du maïs et des farineux en général, qui forment presque seuls l'alimentation des paysans, dans certains cantons du Périgord où le varicocèle est fort commun, pourrait être la vraie cause et l'unique cause de cette affection; mais n'est-ce pas aussi le cas de faire le même raisonnement que tout-à-l'heure, à l'égard de la cause organique présumée de la maladie? Pourquoi tous les individus soumis au même régime n'en seraient-ils pas atteints? Il est évident qu'aucune de ces causes, prise isolément, ne peut expliquer suffisamment le phénomène; mais si on les réunit toutes, si l'on admet qu'elles se combinent deux à deux, trois à trois, on sera moins

embarrassé pour s'en rendre compte, puisqu'alors les observations diverses se fortifient l'une l'autre au lieu de se contredire, comme il arrive nécessairement si l'on n'admet qu'un seul ordre de causes à l'exclusion de toutes les autres.

Mais, dira-t-on, il n'est pas besoin de recourir à la disposition particulière du colon ascendant ou à la situation de l'intestin rectum du côté gauche; le côté gauche est plus faible que le droit : non-seulement le varicocèle, mais les engorgemens inguinaux, les varices du membre inférieur, etc., se manifestent bien plus souvent du côté gauche que du côté droit. Par là on étend la difficulté au lieu de la résoudre, et l'on s'éloigne, je pense, de la voie que l'on doit suivre pour parvenir à la vérité. Qu'il nous suffise d'avoir présenté quelques données sur la solution du problême, et d'avoir augmenté le nombre des faits propres à éclairer l'histoire du varicocèle.

Une dernière affection sur laquelle nous avons recueilli quelques notes, est le *pneumatocèle*. Voici comment j'ai été amené à reconnaître le véritable caractère de cette affection. Deux faits s'étaient présentés dans la tournée de 1829. Un jeune homme soumis à la visite ne s'avançait qu'avec timidité; il faisait quelque difficulté de se déshabiller, et n'alléguait d'autre motif d'exemption que la faiblesse de sa constitution. Il était en effet d'une très-faible complexion, et ne paraissait pas avoir plus de 18 ans. Fixé à cet égard et décidé pour la réforme, je n'en portai pas moins mon attention sur les parties génitales, qu'il semblait vouloir dérober à mon examen. Je trouvai celles-ci peu développées, le scrotum ridé, assez étroit; le testicule droit à peine égal à un œuf de moineau; le testicule gauche beaucoup plus prononcé, gros comme une noix, douloureux au moindre contact, et le cordon des vaisseaux spermatiques d'une extrême sensibilité. Je pres-

sai légèrement, et à mesure que je pressais je déterminais un bruit fort analogue au râle crépitant ou à celui qui résulte du passage de l'air de l'une dans l'autre des cellules du tissu cellulaire, dans l'emphysème. Je soupçonnai d'abord une insufflation, mais je n'en découvris aucune trace : le scrotum était ridé, et le bruit se prononçait particulièrement dans le cordon des vaisseaux spermatiques, que je trouvais dur, noueux et comme formé d'anneaux cartilagineux correspondans au trajet du canal déférent. Je le suivis jusqu'à son passage dans l'anneau, non sans déterminer de vives douleurs; même sensibilité dans la fosse iliaque. Le côté opposé ne présentait rien de semblable. Je crus avoir affaire à un *spermatocèle*.

Chez un second individu, l'affection était bien plus prononcée; le gonflement du testicule droit accompagnait celui du testicule gauche, mais ce dernier était beaucoup plus apparent; la verge, comme chez le précédent, offrait peu de développement; l'habitude générale du sujet était grêle et sa constitution n'offrait rien d'énergique. Celui-ci nous déclara son mal de prime-abord et prétendit, comme le précédent, qu'il en était fort gêné dans le travail et pendant la marche (allégation commune à tous les conscrits). La pression déterminait de la douleur de l'un et de l'autre côtés, particulièrement du côté gauche et le long du cordon spermatique, qui présentait au toucher la sensation de petits corps durs, résistans, roulans les uns sur les autres, et déterminant par leurs frottemens un bruit semblable à celui de petites pierres amassées dans un sac. Ce phénomène, beaucoup plus prononcé que dans le cas précédent, se prolongeait dans l'anneau et le long du ligament de Fallope, jusque dans la profondeur de la fosse iliaque. Comme ce jeune homme déclarait n'avoir jamais connu de femmes, je crus

encore cette fois à l'existence d'un spermatocèle, ne sachant à quel autre genre d'affection attribuer un semblable phénomène.

L'année suivante je rencontr ai dans le même canton un fait analogue de crépitation, le long de la hanche du côté gauche. Mes soupçons furent éveillés par cette coïncidence, et je reconnus distinctement, dans un des points de la partie postérieure du scrotum, la trace récente d'une piqûre de sangsue, entourée d'un cercle rouge de l'étendue d'une pièce de cinq francs. Immédiatement après j'observai chez deux autres jeunes gens, quelques piqûres semblables avec crépitation limitée au pourtour de la blessure. La fraude devenait évidente et je fus éclairé sur la nature de la maladie que j'avais eu tant de peine à caractériser. Une manœuvre plus récente n'avait pas permis à la plaie des sangsues de sa cicatriser et avait trahi la ruse. Je me rappelle à cette occasion qu'un galérien détenu à Bicêtre se faisait diriger à volonté sur l'infirmerie, en déterminant artificiellement l'emphysème de toute la partie latérale du cou. Je ne m'expliquais pas alors la manœuvre qu'il pouvait employer, mais j'ai observé depuis le même emphysème chez un de mes malades qui en était atteint quelques minutes après avoir commencé l'opération de la mastication.

Une autre forme de *pneumatocèle* est celle qui consiste dans l'infiltration gazeuse de la tunique vaginale. J'ai aussi observé la coïncidence de cette espèce particulière de la maladie, qui n'est décrite qu'au conditionnel dans le Dictionnaire des sciences médicales, parce que les faits manquaient à l'auteur pour établir autrement cette description. Les symptômes qui l'accompagnaient étaient bien ceux que l'on présume *à priori ;* mais ce qu'il y a de très-particulier, c'est que, dans cette circonstance aussi, j'ai reconnu la trace récente d'une piqûre de sang-

sue à la partie du scrotum correspondante, et que l'on ne conçoit pas trop comment l'insufflation a pu être pratiquée dans la tunique vaginale, précisément, à moins qu'il n'existât précédemment une hydrocèle.

Mémoire sur la théorie et la cure radicale des hernies; par F. P. Ravin, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, adjoint-correspondant de l'Académie royale de Médecine, de la Société médicale d'Emulation de Paris.*

> Chose admirable que nature guarisse des maux estimés incurables, si elle est tant soit peu aydée !
>
> Amb. Paré, *liv.* 8, *ch.* 15, *de la Curation des hargnies.*

Deux idées principales m'occupaient en écrivant l'*Essai sur la théorie des hernies.* La première était que la résistance des aponévroses produisait les étranglemens moins souvent que le rétrécissement du collet des sacs herniaires; la seconde, que les aponévroses dilatées et ramollies pouvaient reprendre insensiblement leurs dimensions, leur consistance et leur élasticité primitives. Je me suis attaché à la démonstration de ces deux faits, d'où il découlait deux conséquences qui me paraissaient être d'une importance grande, puisqu'elles étaient directement applicables à la pratique, et que l'une d'elles devait fournir un moyen de guérison pour un mal jusqu'alors incurable.

La première de ces conséquences était que dans les cas d'étranglemens il fallait opérer beaucoup plus souvent pour inciser le collet des sacs herniaires que pour inciser les bords des ouvertures aponévrotiques. J'ai lieu de penser que cette proposition a été bien accueillie. Les

esprits étaient si disposés à la recevoir, qu'il est arrivé qu'on me l'a contestée comme nouvelle, quoique personne ne l'ait encore faite. On assura que l'extrême fréquence des étranglemens par le collet du sac herniaire était un fait reconnu, et que la pratique que je conseillais était établie (1). Je fus trop heureux d'apprendre ainsi que l'humanité n'avait pas dû attendre jusqu'à la publication de mon écrit, pour jouir du bien que devait lui procurer la démonstration d'une vérité utile. Mais si j'ai donné sur ce point des éclaircissemens nouveaux, si j'ai achevé de persuader sur un objet qui n'était pas encore tout-à-fait hors de doute, si enfin j'ai fait en cela quelque bien, je réclame ma part du mérite qu'il y avait à mettre la vérité au jour.

L'autre conséquence était qu'on pouvait obtenir la cure radicale des hernies en laissant opérer la contraction lente de l'aponévrose dilatée, et qu'il suffisait pour cela de tenir l'intestin assez long-temps éloigné des ouvertures que son passage continuel avait agrandies. Celle-ci ne me fut pas contestée. Il est aussi très-vrai qu'elle m'appartenait, car le seul raisonnement m'y avait conduit. Cependant je découvris, en faisant des recherches dans les auteurs, que la même idée s'était trouvée dans l'esprit de notre Ambroise Paré, deux siècles avant qu'elle naquît dans le mien. « Le principal ayde, disait-il dans ce temps, consiste à empêcher l'intestin de descendre pendant que nature opère. » J'ai rapporté ces propres paroles dans mon écrit (2).

La supination était le moyen d'empêcher l'intestin de descendre. Fabrice de Hilden le proclama un demi-siècle après Paré, et bien long-temps avant moi (3). La

(1) *Journal univers. des Sciences méd.*, t. XXVII, pag. 64 et suiv.

(2) *Voy.* chap. V, page 47 (année 1822.)

(3) « ..... *Manifestum fit quietem et decubitum in dorso unicam*

remarque de Fabrice, suggérée par un simple fait, était d'ailleurs l'induction qu'il fallait tirer de la pratique des anciens et des médecins du moyen âge, et je fus réellement surpris de trouver cette pratique tellement oubliée, que je ne pouvais plus m'en servir autrement qu'à titre de témoignage, pour appuyer la théorie à l'aide de laquelle je voudrais la relever. Je me suis expliqué le discrédit où elle était tombée, par la raison qu'on avait donné aux remèdes pharmaceutiques une attention trop forte pour qu'il eût été possible d'apercevoir les autres conditions du succès. L'esprit ainsi détourné, on avait dû croire que tous les remèdes qu'on donnait en breuvage ou qu'on appliquait sur l'aine étaient infructueux, et ne pas voir que la supination toute seule aurait suffi pour procurer la guérison. On fut conduit, par l'importance qu'on donnait aux remèdes, à négliger la supination dont on avait méconnu les bienfaits, et l'on se crut en droit d'abandonner les anciennes méthodes, parce qu'on avait raison de condamner les anciennes recettes.

On a fait peu d'attention au mot que Fabrice de Hilden avait prononcé; Ettmuller le répéta vainement quelques années après (1), et, dans la suite, Reyne et Lombard l'ont redit en France à l'ancienne Académie de Chirurgie, sans que cela ait fait une impression sensible dans le monde médical (2). Ce n'est pas qu'on ait alors mal jugé de leur opinion; c'est qu'ils ne l'ont exprimée

---

esse panaceam herniarum. » (*Hildanus.*) — J'ai aussi rapporté ces paroles de Fabrice dans mon écrit, après avoir cité l'observation qui les avait inspirées. (*Voy.* encore chap. V, pag. 46 et 47.)

(1) « ...... *Nihil æquè ad cujusvis herniæ perfectam curam utile est quàm quies corporis.... Interdùm sine remediis curari possunt herniæ, adeò ut continuus dorsi decubitus sit* vera herniarum panacea, *etiam in senibus.* »

(2) *Prix de l'Acad. roy. de Chirurgie. Mémoires sur le mouvement et le repos*; t. V, 2.e partie, pag. 499 et et 541. Nouv. édition.

qu'en passant, ainsi qu'avait fait Fabrice de Hilden, comme une simple remarque. Elle se trouva perdue dans la foule des autres choses qu'ils écrivirent sur le mouvement et le repos.

J'ai développé davantage mon idée; j'ai écrit tout exprès pour l'expliquer. Puisse ma voix, plus humble que toutes les autres, être pourtant mieux entendue! La seule théorie rendit croyables les résultats que j'annonçais. « Cette » méthode, dirent MM. Bégin et Sanson, a en sa faveur » beaucoup d'analogies.... Elle doit réussir à-peu-près in» failliblement. » (1). Des faits que je crois incontestables ont démontré ce que le raisonnement avait trouvé possible. Je les ai rassemblés dans le cinquième chapitre de l'*Essai* : j'en ai recueilli plusieurs autres depuis le temps où je l'ai publié. J'ajoute plus d'un nouvel exemple à ceux que m'avaient déjà fournis Aëtius, Avenzoar, Fabrice de Hilden, Paré, Saporta. Il reste sans doute beaucoup à apprendre encore sur les circonstances dans lesquelles le succès doit être complet, sur celles qui le rendent douteux, sur celles enfin où il serait impossible : mais, si ce n'est pas assez pour faire connaître sûrement ce qu'on peut espérer de la supination dans tous les cas où elle est applicable aux hernies, il me paraît que ces divers exemples de son emploi suffisent du moins pour démontrer son utilité, et pour faire voir qu'elle serait pleinement efficace dans des cas nombreux, puisque ceux dans lesquels elle a procuré des cures parfaites étaient des plus ordinaires (2).

Le moyen que je propose pour obtenir la cure radicale des hernies est, en général, une position du corps par laquelle les organes qui se dérangent soient ramenés et

(1) Nouvelle édition de la *Médecine opératoire* de Sabatier, faite sous les yeux de M. le prof. Dupuytren, tome III, page 454.

(2) *Voyez* le ch. V de l'*Essai*, et les faits qui vont suivre.

maintenus en leur place naturelle, jusqu'à ce que les parois des canaux dilatés qui leur donnaient issue aient repris leurs dimensions et leurs forces primitives. Si l'on excepte les hernies diaphragmatiques pour lesquelles il serait bon de demeurer assis ou debout, ce qui convient le mieux est d'être couché. Mais il y faut mettre quelques différences qui sont déterminées par les espèces des hernies contre lesquelles on agit. Ainsi l'on devrait se tenir sur le côté dans les cas de hernies lombaires, et il serait bon d'avoir le bassin élevé dans ceux de hernies ischiatiques ou périnéales. Celles de l'ombilic et de la ligne blanche exigeraient qu'on demeurât le plus souvent sur le dos; on ne pourrait que se mettre à-demi sur l'un ou l'autre côté. Pour celles de l'aîne, on doit se tenir le tronc horizontalement et demeurer sur le dos, ou sur le côté qui est opposé à celui du mal.

Jusqu'à présent je n'eus encore à traiter de cette manière que des hernies inguinales. Les malades que je conduisais étaient obligés de rester ainsi dans le lit, aussi long-temps qu'il le fallait pour obtenir leur guérison. Ils devaient satisfaire tous leurs besoins sans jamais relever le corps : tous les mouvemens qui pouvaient y contribuer leur étaient interdits, mais il leur était permis de remuer les membres dans toutes les autres directions. Un simple coussin leur soutenait la tête. Je leur faisais porter un bandage à ressort, dont la pelotte appuyait sur l'aîne affectée. La compression du canal inguinal me paraît être profitable et peut avancer la guérison; mais j'avais encore un autre but, celui de rendre aussi léger que possible le dommage que d'imprudens mouvemens pouvaient causer. Le bandage s'opposait à la sortie complète de l'intestin que ces mouvemens auraient pu provoquer. Je plaçais sous la pelotte du bandage des compresses qui en rendaient la pression plus exacte, et quelquefois j'ai enduit ou im-

bibé ces compresses d'une substance astringente. Je doute que cette dernière espèce de remèdes ait contribué au resserrement des aponévroses. J'ai trouvé plus d'efficacité dans l'usage d'un régime succulent et tonique, dont je variais la rigueur suivant les individus, parce que leurs tempéramens et leurs manières habituelles de vivre n'étaient pas les mêmes.

L'orifice interne du canal inguinal paraît être celui qui se rétrécit le premier, quand on emploie la supination : l'orifice externe est la dernière partie de ce canal qui se ferme. Du moins les choses se sont ainsi passées dans les observations que j'ai recueillies.

Il peut arriver que l'anneau tarde long-temps à reprendre ses dimensions normales parce qu'il aura été très-élargi et déformé; mais il n'est pas absolument nécessaire de retenir les malades au lit jusqu'à ce qu'il soit tout-à fait revenu à son état naturel. Je ne l'ai exigé pour aucune des personnes que j'ai guéries. Quand une oblitération suffisante de la partie supérieure du canal et de son orifice interne est une fois obtenue, on peut leur permettre de se lever. L'intestin ne pourra plus dès-lors s'insinuer dans le canal de l'aîne; c'est la principale condition de la cure. Le temps achevera de guérir l'anneau, puisque rien n'y sera plus pour s'y opposer (2).

(1) Le moyen que M. le docteur Belmas vient de proposer pour guérir les hernies, ne me semble pas devoir procurer des succès aussi certains que ceux qu'il en attend. M. Belmas me paraît se tromper en croyant qu'il suffit de déterminer l'oblitération du sac herniaire, pour s'opposer à la chute de l'intestin. La méthode de la ligature, la suture, la cautérisation, la compression à la manière des Allemands, qui consiste à enflammer le sac herniaire en l'attaquant par le dehors au lieu de l'attaquer par l'intérieur, nous ont appris, je crois, ce que nous devons espérer de l'opération de M. Belmas, dont l'idée est d'ailleurs fort ingénieuse. Ces méthodes ont été jugées par l'expérience. Celle de M. Belmas a le même mode

Mais comment juger si l'orifice interne du canal dilaté a repris les dimensions qu'il doit avoir pour que la cure soit solide? On ne le pourra savoir qu'approximativement, par la durée de la supination que l'usage déterminera. La pratique apprendra combien de temps il faudra demeurer couché, suivant l'espèce et l'ancienneté de la hernie, suivant l'âge, le sexe et le tempérament de la personne que l'on en devra guérir. Le terme moyen paraît être d'un à deux mois. Il faut plus de temps pour la cure d'une hernie épiploïque que pour celle d'une entérocèle, parce qu'il n'est pas nécessaire que le canal soit aussi étroitement fermé pour celle-ci que pour la première. Un intestin peut aisément revenir dans l'abdomen, il y change souvent de

---

d'agir, et tend comme elles à produire l'oblitération du sac de la hernie en le phlogosant. A la suite de ces opérations il doit souvent arriver que l'intestin partage l'inflammation du péritoine et contracte des adhérences auprès de l'ouverture qui lui donnait issue ; c'est une circonstance favorable à la guérison, parce que l'intestin ne peut plus descendre dans le canal aponévrotique pour en empêcher le rétrécissement. Dans tous les cas, lors même que l'organe reste libre, il est retenu pour quelque temps au-dessus de l'anneau, parce que le déplacement du péritoine qui doit former le nouveau sac ne peut avoir lieu que d'une manière lente et graduelle. Or, c'est dans le temps pour lequel ces sortes d'opérations retiennent l'intestin dans l'abdomen, que se trouvent les chances du succès. Si ce temps, qui doit varier suivant la constitution des individus comme suivant le volume des hernies qu'ils portent, est assez long pour permettre à l'anneau de se fermer suffisamment, la cure sera certaine. On voit donc que dans ces méthodes la réussite dépend de la même condition que dans la mienne. M. Belmas et ceux qui l'ont devancé ont essayé de substituer l'adhérence du sac à la simple position du corps. Ma méthode a l'avantage d'éviter toute espèce d'opération. Je la crois plus sûre, et tout le monde reconnaîtra qu'elle est absolument sans danger. Elle amène d'ailleurs les mêmes résultats en ce qui concerne le sac herniaire. Des faits, observés par M. le professeur J. Cloquet, ont prouvé qu'il s'oblitérait, s'atrophiait et disparaissait de lui-même avec le temps, lorsqu'il avait cessé de recevoir l'intestin.

place quand il y est rentré, il a beaucoup de volume, et la forme cylindrique qu'il conserve presque toujours est elle-même un autre obstacle qui s'oppose à ce qu'il s'insinue aisément dans les petites ouvertures. L'épiploon peut, au contraire, se glisser dans les plus étroites. Il se déplace difficilement, et, comme il est presque sans ressort, il reste suspendu au-dessus de celles où il a déjà pénétré. On sait qu'il est difficile de le réduire jusque dans l'abdomen, si l'on néglige d'exercer le taxis dans une position convenable; et, lorsque le cordon qu'il forme est d'un petit volume, on ne le repousse le plus souvent que dans le canal inguinal, dont il empêche l'oblitération en y demeurant. On voit donc combien il importe d'y prendre garde, et l'on conçoit que, pour guérir de ces sortes de hernies, l'on doive se tenir sur le côté opposé à l'aine malade plutôt encore que dans une véritable supination.

Les personnes affligées de hernies qui ont demandé mes soins, n'ont pas fait autant de difficultés que j'en attendais pour se soumettre à ce moyen de guérison. Cependant les observations que j'ai à rapporter sont en petit nombre. Ce n'est pas la faute de la méthode, mais celles des circonstances, qui ne m'ont pas donné l'occasion de l'employer plus souvent. Je ne cache pas de mauvais succès; je n'ai supprimé aucun des cas où j'ai fait l'essai de la supination.

Obs. I.re (1). — *Entérocèle inguinale violemment produite depuis peu de temps, sur un jeune homme très-fort, d'un tempérament sec, d'une fibre raide. Guérison en vingt-six jours.* — M. Dequevauvillers, employé des contributions indirectes à Douai (à cette époque), tomba vers le milieu du mois de mars 1823, dans un escalier

(1) *Voyez*, pour les faits antérieurs à ceux-ci, le chapitre V.e de l'*Essai sur la théorie des hernies*.

qu'il descendait rapidement. Les efforts qu'il fit pendant quelques instans pour éviter la chute, déterminèrent l'apparition soudaine d'une hernie dans l'aine gauche. M. Dequevauvillers était alors âgé de 28 ans. Il est très-grand, très-fort, musculeux, maigre; il a la peau brune et les cheveux noirs; son caractère est d'une extrême vivacité. Malgré la douleur qu'il éprouva dans l'aine, il sortit et ne cessa pas de se livrer à ses exercices pour lesquels il devait tous les jours continuellement marcher. La douleur diminua, mais la petite tumeur qui s'était subitement formée dans l'aine demeura et ne fit qu'augmenter. M. Dequevauvillers ne marchait pas sans avoir le soin de tenir la main appuyée sur l'aine douloureuse, parce qu'il trouvait à cela du soulagement.

Au bout d'une quinzaine de jours, des affaires de famille appelèrent M. Dequevauvillers à Saint-Valery, où il est né. Il fit le voyage à pied dans l'espace d'un jour et demi, c'est-à-dire qu'il parcourut à pied une vingtaine de lieues en trente-six heures. La petite tumeur qu'il avait dans l'aine augmenta encore de volume, et la douleur qui avait cessé se fit de nouveau sentir.

M. Dequevauvillers vint me voir le 2 avril. Je pus reconnaître que cette tumeur était une hernie intestinale libre, mais serrée dans l'anneau, et dont la grosseur n'excédait pas celle d'une noix. Elle était fixée dans l'aine. L'anneau de ce côté laissait pénétrer dans son ouverture le doigt indicateur jusqu'au milieu de l'ongle; il était d'un tiers plus ouvert que celui du côté opposé, mais on ne sentait à ses bords ni mollesse ni épaisseur, et ils avaient conservé leur élasticité presque entière. Je proposai à M. Dequevauvillers de chercher à obtenir une guérison complète de sa hernie, à l'aide de la supination : les circonstances me semblaient si favorables que je l'assurai du succès. Il ne fit pas de difficulté, et aussitôt

qu'il eut terminé le principal de ses affaires de famille, il se mit au lit. C'était le 4 du mois d'avril : il resta couché jusqu'au premier de mai. Pendant ces vingt-six jours il fut constamment dans la position horizontale, la tête basse, ne reposant que sur le dos ou sur le côté droit opposé à celui de la hernie.

Le 1.er de mai, l'anneau était sensiblement rétréci, et les bords de son ouverture avaient évidemment plus de raideur; cependant il n'était pas encore revenu aux dimensions de l'anneau opposé; la différence était peu considérable. Je fis lever M. Dequevauvillers; l'intestin ne sortit pas. Je le priai de tousser à plusieurs reprises, et de plus en plus fort; l'intestin ne sortit pas davantage. Dès-lors je crus devoir lui permettre de quitter le lit, en lui recommandant de ne pas faire de suite de longues marches, de se coucher souvent dans la journée, et de s'y tenir dans la position que je lui avais d'abord indiquée.

J'avais obligé M. Dequevauvillers à porter un bandage herniaire dont la pelote comprimât l'aine malade pendant tout le temps qu'il devait rester couché. Je l'engageai à en faire usage quelque temps encore. Mais avant son départ, qui a eu lieu le 15 mai, il voulut mettre sa guérison à l'épreuve et quitta le bandage pendant deux journées, dans lesquelles il fit sans ménagement de nombreuses courses. L'intestin n'a pas pour cela reparu dans l'aine qu'il avait occupée.

Je laissai donc partir M. Dequevauvillers, en lui faisant promettre de porter encore son bandage pendant trois ou quatre mois sans interruption, puis de le reprendre dans les mois suivans toutes les fois qu'il aurait à faire de grands exercices. Le conseil fut exactement suivi, et M. Dequevauvillers se trouva si solidement guéri, si complètement rassuré par les épreuves nombreuses qu'il en avait faites, qu'il n'hésita pas d'accepter une place de

commis à cheval, où le service devait être encore plus fatigant et plus dangereux pour son ancien mal. M. Dequevauvillers n'a jamais éprouvé aucune marque de récidive, bien qu'il ait depuis long-temps quitté le bandage.

Voici maintenant huit années que M. Dequevauvillers est guéri. Je l'ai revu plusieurs fois dans cet espace de temps, et je puis affirmer que l'anneau du côté gauche est redevenu aussi solide et aussi étroit que celui du côté droit (1).

J'avais appliqué sur l'aine malade, sous la pelote du bandage, pendant le temps de la supination, des compresses imbibées d'une substance astringente, dans l'espoir de hâter le resserrement de l'anneau. Cette substance était de l'eau saturée d'alun. Il en résulta un inconvénient grave, l'humidité continuelle de l'aine et le dépôt de sel qui s'y faisait déterminèrent à paraître sur le scrotum et sur le haut de la cuisse gauche, une éruption miliariforme, une espèce d'érysipèle qui dura plusieurs jours et causa de vives démangeaisons. Elles se calmaient dans la journée et revenaient tous les soirs par redoublemens, on eût presque dit par accès. La chaleur du lit n'en devait pas être la cause, puisque le malade y demeurait constamment, et le sommeil n'y était pour rien, car elles reparaissaient long-temps avant la nuit. Nous cessâmes l'usage de cette eau alumineuse : il n'y fut suppléé par aucun astringent, et comme nous n'étions alors qu'au dixième jour du traitement, je ne crois pas que ce remède ait eu réellement part à la cure.

Obs. II.e — Entérocèle inguinale, formée insensiblement depuis plus de dix-huit mois, sur une demoiselle

(1) M. Dequevauvillers réside maintenant à Ribemont. M. le docteur Bourbier, médecin distingué de la ville de Saint-Quentin, et membre-correspondant de l'Académie royale de Médecine, a eu plusieurs fois l'occasion de le voir : il pourrait attester ce que je rapporte.

jeune, mais lymphatique, et d'une fibre molle. Guérison en cinquante-cinq jours. — Il y avait dix-huit mois que M.lle J. D., alors âgée de 26 ans, s'était aperçue d'une petite tumeur qu'elle portait dans l'aine droite, lorsqu'elle me consulta pour en connaître la nature et y donner remède. Cette tumeur s'était formée insensiblement, et M.lle D. ne se rappelait aucune circonstance qui eût pu déterminer l'époque de son apparition; c'était par hasard qu'elle-même l'avait découverte. Jamais elle n'en avait éprouvé de douleur, et son volume était si petit dans le commencement qu'il sembla inutile de s'en occuper. Mais au lieu de disparaître, cette tumeur augmenta de plus en plus; elle avait acquis à-peu-près la grosseur d'un œuf de poule, lorsqu'il fut décidé qu'on me la ferait voir. C'était une hernie formée par l'intestin grêle.

M.lle D. consentit, non sans quelque peine, à tenter de se guérir par la supination, et le 22 mai 1825 elle se mit au lit avec la ferme résolution d'y rester autant qu'il le faudrait pour le succès. L'intestin rentrait aisément: l'anneau était une fois et demie plus ouvert que celui du côté gauche; j'y introduisis sans peine le bout du doigt indicateur, presque jusqu'à la racine de l'ongle; ses bords me parurent lâches et épais. J'estimais qu'il faudrait deux ou trois mois de supination pour la cure.

M.lle D. fut mise de suite à un régime sec et tonique. Elle dut manger souvent des viandes rôties et boire après chaque repas un demi-verre de vin vieux d'Espagne. Il lui fut recommandé de se tenir constamment couchée sur le côté gauche ou sur le dos, et de ne se lever jamais pour aucun de ses besoins. Un bandage herniaire fut appliqué sur l'aine malade.

A la troisième semaine les progrès du mal vers la guérison furent sensibles. On pouvait déjà reconnaître que l'anneau dilaté avait perdu de sa largeur. Il se ferma

chaque jour davantage, et le cinquante-cinquième (18 juillet), il était presque aussi étroit que celui du côté gauche. Il n'avait pas repris autant de solidité : ses bords résistaient beaucoup moins que ceux de l'autre anneau, à l'effort que le doigt faisait pour y pénétrer. Néanmoins je fis lever M.lle D.; j'ôtai son bandage, je la mis à l'épreuve des fortes secousses de toux, elle fit même en chancelant quelques pas dans sa chambre, et l'intestin n'est aucunement descendu.

Nous replaçâmes le bandage. Je conseillai à M.lle D. de le porter pendant quelques mois pour donner à l'anneau le temps de se raffermir. Je l'engageai, dans la même intention, à conserver son régime et à profiter de la saison chaude pour prendre des bains de mer aussi souvent que le temps le permettrait. M.lle D. quittait le bandage toutes les fois qu'elle prenait de ces bains : elle a pu chaque fois marcher assez loin, aller à la mer et en revenir, sans reproduire la plus légère apparence de hernie.

M.lle D. cessa au bout de trois mois de faire usage du bandage. La hernie ne reparut pas, et l'anneau ne perdit rien de l'élasticité nouvelle qu'il avait acquise. La guérison n'a fait que se consolider dans la suite. Six années se sont écoulées depuis ce temps sans qu'il y ait eu la plus faible marque de récidive. L'anneau malade autrefois s'est tellement rétréci et raffermi, qu'on ne saurait plus le distinguer de l'autre. J'ai pu m'en convaincre il y a peu de temps. Il avait été tant soit peu déformé par le passage de l'intestin; maintenant il a repris tout-à-fait sa figure naturelle.

Obs. III.e — *Anneau déformé, triangulaire. Epiplocèle inguinale dont on avait connaissance depuis une année, sur un garçon âgé de onze ans, d'une constitution lymphatique. Première guérison au bout de trente*

jours. Récidive provoquée. Deuxième guérison au bout de vingt-quatre jours. Nouvelle récidive. Troisième guérison au bout de dix jours seulement. Plus de récidive. — Toussaint Briet, du hameau de Wailly, m'amena un jour son fils, alors âgé de 11 ans, et attaqué d'une fièvre quarte, pour me consulter sur cette fièvre et sur une tumeur que le jeune garçon portait dans l'aine droite depuis plus d'une année. Ce mal était venu sans causer de douleur, et il avait déjà beaucoup de volume quand on l'aperçut, douze ou quatorze mois avant de me le faire voir. Le jour où l'on me consultait, l'épiploon occupait le scrotum et représentait un cordon au moins gros comme le pouce. Le trajet oblique du canal inguinal qu'il traversait était marqué par le gonflement qu'il déterminait dans l'aine. Il était parfaitement libre et assez facile à réduire.

Le jeune homme était gros, charnu, assez gras; il avait les cheveux châtains, la figure large et pâle, les lèvres peu colorées, les saillies osseuses très-prononcées, et le pouls très-souple.

J'avais affaire à des personnes aussi douces que raisonnables. La proposition de guérir leur fils, à l'aide d'une supination prolongée, fut acceptée sans difficulté. André Briet se coucha le 27 novembre 1826; un bandage herniaire lui fut appliqué sur l'aine malade après la réduction parfaite de l'épiploon; on plaça des compresses enduites d'une pommade astringente, composée tantôt d'un mélange d'axonge et d'alun, tantôt d'axonge et de peroxyde de fer, dans l'intention d'éviter les écorchures que pourrait occasionner la pression du bandage, beaucoup plus que dans l'espérance de hâter le resserrement du canal dilaté; enfin, il lui fut recommandé de demeurer constamment ou sur le dos ou sur le côté gauche, qui était l'opposé de celui de la hernie. Je lui fis tenir le bassin

élevé, afin que l'épiploon fût plus éloigné de l'orifice interne du canal lorsque le malade serait sur le dos, et pour qu'il eût moins de propension à y rentrer pendant les secousses de toux, les efforts de voix, les contractions de l'abdomen. Je prescrivis ensuite contre la fièvre quarte diverses doses de sulfate de quinine et des tisanes amères qui convenaient également à la maladie et au tempérament du jeune homme.

Lorsqu'André s'est mis au lit, l'ouverture de l'anneau malade était assez large pour recevoir aisément jusqu'aux deux tiers de l'ongle du doigt indicateur : elle était ainsi à-peu-près le double de celle de l'anneau gauche qui était parfaitement sain, et dans lequel l'extrémité du doigt s'insinuait à peine. Les bords de l'anneau dilaté n'étaient pas gonflés; mais je les ai trouvés écartés par le bas, et ils laissaient entr'eux, au lieu d'une ouverture ovale dont la grosse extrémité fût en haut, une ouverture triangulaire dont la base reposait sur le pubis.

Au bout d'une semaine il y avait déjà du changement; l'anneau était moins large et toute l'aine demeurait aplatie. A la fin de la troisième semaine, je fus étonné des progrès que le rétrécissement avait faits. J'invitai le jeune malade à se lever sur son lit; il s'y mit à genoux. Je le priai de tousser faiblement, car je craignais que l'épiploon ne descendît à la première secousse; mais, bien que ces secousses eussent été multipliées et plus fortes, aucune tumeur ne vint se présenter à l'anneau, ni même faire un léger gonflement dans l'aine où le trajet du canal aponévrotique était autrefois marqué par la hernie. Malgré cela, je n'osai pas me fier au succès, et je demandai encore une semaine de supination.

Le jeune Briet sortit du lit le 27 décembre, un mois juste après qu'il y fut entré. A cette époque l'anneau

droit était devenu aussi étroit que le gauche, excepté en bas où il était déformé. La résistance à l'effort du doigt était sensiblement plus faible que du côté opposé. Cependant le jeune garçon fit plusieurs fois le tour de la chambre, et toussa à diverses reprises fort et long-temps sans déranger l'aplatissement de l'aine, sans qu'il ait reparu le moindre reste de sa hernie. Je le laissai lever.

Je devais le croire guéri; le temps, aidé par le bandage, devait, pour lui comme pour les autres personnes, raffermir de plus en plus les bords de l'anneau et terminer la cure; mais quand j'eus cessé de visiter le jeune homme, l'emploi du bandage ne fut plus soigné; le sous-cuisse s'écarta, la pelote se releva, et le canal inguinal ne fut plus comprimé : on laissa le bandage dans la mauvaise position qu'il avait prise. Ceci dut contribuer à la récidive; mais le plus grand mal, à mon avis, provint de ce que l'orifice interne du canal n'était pas encore assez fermé ni assez solide quand j'ai permis au jeune Briet de se lever; de telle sorte qu'une lame mince d'épiploon a pu s'y insinuer et le r'ouvrir insensiblement à l'aide du temps. Une circonstance particulière amena la récidive plutôt qu'elle ne devait avoir lieu. Deux mois après qu'André eût quitté le lit, des ouvriers vinrent travailler aux charrettes de la ferme. Il passa toute une journée à les regarder, ayant presque constamment le ventre appuyé sur le bord d'une voiture. Cette compression prolongée des viscères abdominaux devenait très-favorable au renouvellement de la hernie, et le soir même une *douleur vive* se fit sentir dans l'aine au moment où le jeune garçon se baissait et faisait effort pour casser contre son genou une branche sèche qu'il voulait mettre dans le foyer.

La hernie était reparue, mais si petite, que j'eus quelque peine à la retrouver. Le canal inguinal et l'anneau

étaient encore si étroits, qu'un simple filet d'épiploon les avait traversés. Ce filet ne descendait pas jusqu'au bas du scrotum, et lorsqu'on le pressait entre les doigts, il s'aplatissait de telle sorte qu'on ne pouvait plus le distinguer de la peau. Je pris toutes les précautions possibles pour le faire rentrer exactement; j'appliquai mieux le bandage, et le jeune homme se coucha une nouvelle fois pour quelques semaines, dans la position où il s'était d'abord tenu. Il y demeura vingt-quatre jours, depuis le 11 mars 1827 jusqu'au 4 avril suivant. Je le laissai lever de nouveau à cette dernière époque, ayant l'anneau et le canal inguinal assez rétrécis pour ne plus donner issue à l'épiploon. J'ai dû penser que ce canal était mieux fermé qu'il ne l'avait été à la première épreuve, par la raison qu'il était plus étroit qu'alors, et que le malade était resté couché presque aussi long-temps.

Je m'étais trompé: le canal inguinal n'était pas encore suffisamment rétréci; il était encore possible à l'épiploon d'y pénétrer, et au bout de quatre mois, vers la fin de juillet, je le retrouvai de nouveau dans le scrotum, ayant le même volume qu'à la première récidive, présentant la forme d'un mince filet.

Cette fois j'eus encore à regretter que le bandage eût été mal porté. Vainement j'avais assujetti le sous-cuisse et serré les courroies. La pelote ne changeait pas de place; mais elle était elle-même trop plate, trop peu concave et trop étroite, de manière que si le jeune homme pliait le corps, soit pour se baisser, soit pour s'asseoir, il se faisait un vide sur l'anneau même qui cessait alors d'être comprimé, et ne l'était d'ailleurs que faiblement pendant la station et la marche. Je ne me suis aperçu de ceci qu'après la récidive qui eut lieu cette fois sans aucune douleur et sans avoir été provoquée par aucune cause sensible. J'ai fait donner à la pelote du bandage plus de

longueur et de courbure à son extrémité scrotale, et je l'inclinai fortement sur le plan du ressort. Le bandage ainsi modifié put contenir la hernie dans toutes les positions du corps ; la branche correspondante du pubis était embrassée par la pelote qui se recourbait sur elle. Assuré ainsi que l'anneau du moins ne s'élargirait pas sous l'effort du cordon épiploïque, et que ce cordon lui-même n'augmenterait pas de volume, j'ai cru qu'il me serait possible d'attendre sans trop d'inconvéniens que le jeune Briet se décidât une troisième fois à se coucher, pour obtenir une guérison complète que ses premiers essais lui permettaient d'espérer.

L'état où je le laissais était évidemment meilleur que celui où je l'avais pris. Le canal inguinal était moins ouvert, l'anneau moins large, la hernie beaucoup moins grosse. Dans le cas même où je n'eusse pu obtenir que ce demi-succès, il n'aurait pas été juste de mettre en doute les bons effets de la supination. Ils avaient été deux fois visibles; deux fois, au bout de vingt à trente jours, le canal inguinal s'était fermé à l'épiploon qui le traversait, et l'anneau avait repris la première fois assez d'étroitesse et de ressort pour qu'il eût été douloureux d'en forcer le passage.

Mais il m'a été possible d'obtenir une guérison complète. Le jeune Briet s'est remis au lit le 26 octobre (même année), et il en est sorti le 4 novembre suivant, au bout de neuf à dix jours. Ce temps avait suffi pour fermer tout-à-fait le canal, que la présence d'un bandage bien assujetti et convenablement confectionné avait empêché de s'élargir, comme il était arrivé lors des premiers essais, par suite des progrès que la sortie de l'épiploon avait pu faire.

Le jeune Briet dut prendre, comme les autres malades, la précaution de porter le bandage pendant plu-

sieurs mois encore. L'espèce de sa hernie me fit penser qu'il serait bon qu'il le gardât plus de trois mois. Il l'a quitté dans le cours de l'année suivante, et n'a plus éprouvé de récidive.

Depuis plus de quatre ans que ces choses se sont passées, j'ai revu plusieurs fois le jeune homme, et j'ai reconnu chaque fois la sûreté de sa guérison.

La déformation qui existait au bas de l'anneau s'est presque entièrement effacée : elle dépendait du refoulement des fibres et de leur ramollissement, plus sans doute que de leur usure ou destruction. Il n'en a pas été de même dans le cas suivant.

Obs. IV.e—*Anneau déformé, large, triangulaire. Entérocèle inguinale existant depuis dix années sur un jeune homme de 26 ans. Au bout de quarante-cinq jours, rétrécisssement du canal inguinal et de son orifice interne, suffisant pour retenir l'intestin. Guérison probable.*—M. H.*** était un jeune homme de taille moyenne, maigre, mince, mais d'une constitution assez solide : il avait la plupart des caractères qui sont propres au tempérament bilieux.

M. H. portait depuis dix années, dans l'aine gauche, une tumeur dont il ne souffrait pas, et qui s'était accrue insensiblement jusqu'au volume d'un œuf de poule : elle descendait jusqu'au milieu du scrotum. Jusqu'alors M. H. ne s'était pas occupé sérieusement de cette tumeur, parce qu'il s'y était parfaitement habitué et qu'elle ne le gênait dans aucun de ses exercices ; mais il voulut enfin savoir de quelle espèce était ce mal. C'était une entérocèle inguinale très-simple et sans aucune adhérence ; on faisait aisément rentrer et sortir l'intestin. L'anneau et le canal inguinal tout entier étaient grandement élargis ; on y pouvait introduire sans peine le bout du pouce jusqu'à la racine de l'ongle. L'anneau avait en hauteur le double,

taille haute, d'une complexion robuste en apparence, mais d'une fibre molle et du tempérament lymphatico-mélancolique. Guérison en deux mois. — Vincent T...., de Vaudricourt, tisserand, se baissa un jour pour ramasser sa navette qui s'était échappée de ses mains, et fut obligé de la chercher long-temps en se tenant le ventre appuyé sur le bord du métier. Dans un moment où il faisait effort pour étendre le bras le plus loin possible, la compression de l'abdomen augmenta beaucoup, et une vive douleur se fit sentir dans l'aine droite et dans la région lombaire du même côté. Cette douleur persista, quoique plus faible, durant les jours suivans, et le malade ne tarda pas à reconnaître qu'il se formait une tumeur dans l'endroit douloureux. Il vit dans la suite que cette tumeur prenait de l'accroissement, et me consulta à ce sujet au bout de quatre mois. La tumeur était une entérocèle inguinale, fort simple.

Durant les quatre mois qui s'étaient écoulés depuis l'accident, le mal avait fait de grands progrès; la tumeur avait acquis dans ce court espace de temps un volume comparable à celui d'un œuf de poule; l'intestin descendait fort bas dans le scrotum, et l'anneau était assez ouvert pour qu'il fût aisé d'y faire pénétrer le pouce très-profondément. Les fibres de ses bords étaient très-molles; son ouverture avait plus que le double de l'anneau opposé. Le malade éprouvait encore, dans la région inguinale, une douleur assez vive et assez profonde, qui était un reste de celle qu'il avait ressentie au moment de l'accident.

Vincent T. était d'une haute taille, d'une large complexion, d'une robuste apparence; mais il avait aussi le tempérament lymphatique, et le caractère méticuleux et timide des mélancoliques. Il était âgé de 45 ans. La mollesse de sa constitution est la seule raison que j'aie trou-

vée pour expliquer les rapides progrès de sa hernie. Cela dut me faire penser qu'il aurait besoin d'une longue supination pour guérir, et je lui demandai trois mois.

Il se coucha le 1.er mars 1828, assujetti aux mêmes règles et aux mêmes précautions que les malades précédens, excepté pourtant que je ne fis usage d'aucune application astringente. Le 8 avril suivant, 39.e jour du traitement, l'anneau avait déjà perdu les deux tiers de sa largeur. Ce jour-là j'ai fait lever le malade sur les genoux, et quoiqu'il ait toussé fortement et à plusieurs reprises dans cette position, l'intestin ne reparut ni au-dessous de l'anneau, ni même dans l'aine.

Malgré cela, je ne crus pas devoir permettre au malade de sortir du lit; je l'obligeai de se tenir en supination plusieurs semaines encore, avec la même sévérité qu'auparavant. Il y demeura jusqu'au 1.er mai. A cette époque, l'anneau, autrefois ouvert, avait repris ses dimensions naturelles; il était aussi étroit que celui du côté opposé, qui était demeuré sain; il en avait la forme et lui ressemblait en tout, à cela près que ses bords n'avaient pas encore la même fermeté.

Vincent T. se leva. Je n'eus pas besoin de lui recommander de ménagemens; son esprit, timide à l'excès et prévoyant au-delà du besoin, me répondait assez de sa prudence. Aujourd'hui même que plus de deux années se sont écoulées depuis sa guérison, je n'ai pas encore pu réussir à lui faire quitter tout-à-fait le bandage. Il me répond, quand je l'y invite, qu'il est maintenant habitué à le porter, qu'il n'en est aucunement gêné, que c'est du moins une sûreté, une précaution, et que d'ailleurs la douleur (inguino-lombaire) qu'il a d'abord ressentie à l'apparition de la hernie, n'est pas encore totalement dissipée. Il ne se croira pas guéri de la descente tant qu'il lui restera un faible sentiment de cette douleur.

J'ai revu plusieurs fois Vincent T. dans le cours de ces deux années ; j'ai trouvé chaque fois l'anneau dans le même état que le jour où je l'avais laissé. Mais ni le saut, ni la toux, ni une marche longue, ni l'exercice fatigant de l'homme des champs, n'ont encore ramené la plus légère marque de récidive, bien que le malade ait été plusieurs fois se livrer sans bandage à ses travaux.

Obs. VI.e — *Entérocèle inguinale formée insensiblement depuis plus de huit mois, sur un jeune homme de 23 ans, fort, musculeux, sanguin. Guérison au bout de vingt jours. Récidive provoquée dans le cours de l'année par des travaux pénibles.* — Philippe Fournier, de Saint-Valery, jardinier, âgé de 23 ans, robuste, trapu, sanguin, portait depuis sept à huit mois, à sa connaissance, une hernie intestinale dans l'aine gauche, où elle s'était établie d'une manière tellement insensible, que le malade n'en avait pu reconnaître ni la cause, ni le commencement. Dans le temps où il s'était aperçu de son existence, elle avait le volume d'un œuf de pigeon ; le jour où il me consulta elle dépassait celui d'un œuf de poule, et l'ouverture de l'anneau était si dilatée qu'elle recevait aisément le pouce : elle était deux fois plus grande que celle de l'anneau opposé.

Je n'osai pas promettre la guérison de ce jeune homme avant deux ou trois mois de supination, tant l'anneau malade me paraissait élargi ; mais huit jours suffirent pour le rétrécir de plus de moitié, et le 15.e jour il avait repris les dimensions de l'intestin sain. Le jeune homme, à genoux sur son lit, pouvait tousser avec force sans obliger l'intestin de sortir.

Dans le besoin où je me sentais de recueillir un certain nombre de faits qui pussent déterminer les limites précises du temps qu'il faut donner à la supination en des cas analogues à celui-ci, j'ai un moment hésité à faire lever

Fournier ce jour-là, mais je le laissai dans le lit pour une semaine encore. Il s'était couché le 21 avril au soir, il s'est levé le 12 mai suivant à midi. — Je n'ai fait usage d'aucune substance astringente.

M. le professeur Barbier, d'Amiens, étant venu à Saint-Valery pendant ce temps, a bien voulu visiter le jeune homme, qui était alors à moitié de sa guérison; il pourrait constater le fait que je rapporte. Je demeure certain qu'il ne me refuserait pas son témoignage.

Cette guérison, bien que réelle, ne fut pas d'une longue durée; l'intestin commença à reparaître dans l'aine dix ou onze mois après. Il est possible que la supination n'ait pas été assez prolongée; mais on a lieu de croire que si ce jeune homme avait exercé un état moins pénible et eût été d'un caractère à prendre plus de soins de sa personne, il n'aurait pas éprouvé de récidive. Non-seulement il est obligé de travailler aux champs, mais de plus il va faire le déchargement des navires avec les autres manœuvriers du port. Il est alors occupé des journées entières à charger, traîner ou porter de très-lourds fardeaux, et l'on sent à combien d'efforts fatigans ce métier oblige. Ce qui donnerait des hernies aux personnes qui n'en ont jamais eues, peut bien produire une récidive sur celles qui en sont nouvellement guéries.

Je n'ai pas été témoin des deux guérisons suivantes, obtenues aussi au moyen de la supination; je n'ai pu voir ni observer les faits de mes propres yeux. Cependant j'ai cru devoir les rapporter; ils m'ont été transmis par des personnes que je connais et qui sont dignes de foi.

Obs. VII.e — *Prédisposition. Entérocèle inguinale nouvellement formée sur un jeune homme d'un tempérament sanguin, mais affaibli et amaigri par une longue suite d'accès de fièvre. Guérison au bout de soixante jours.* — Dans le temps où M. Dequevauvillers

était couché (*Obs.* I.re), M. le capitaine Pointfer était une des personnes amies qui venaient le visiter. Un jour où je donnais des explications sur la manière dont j'espérais que ce mal guérirait, M. Pointfer trouva une ressemblance frappante entre la conduite que je faisais tenir et les circonstances dans lesquelles il s'était autrefois guéri d'une hernie.

Il revenait à l'âge de 26 ans de Paimbœuf à Saint-Valery. Une fièvre intermittente quotidienne dont il était attaqué l'obligea de suspendre son voyage et d'entrer à l'hôpital militaire de Saumur. (M. Pointfer servait dans la marine). Un émétique lui fut administré, et pendant les efforts qu'il fit pour vomir il lui vint une hernie dans l'aine droite.

Au bout de neuf jours, M. Pointfer sortit de l'hôpital emportant avec lui un bandage à ressort qu'on avait appliqué contre la hernie. La fièvre d'accès n'était pas guérie; elle s'était seulement modérée, et cela avait suffi pour décider le malade à quitter Saumur, tant il avait hâte de rentrer dans sa famille !

L'heure des accès avançait journellement. Ils ne tardèrent pas à commencer dès le matin, au lieu de revenir tous les soirs, comme ils faisaient dans les premiers temps. Pendant deux mois ils revinrent tous les jours à huit heures du matin, et retinrent le malade au lit jusqu'à la nuit, qui l'obligeait naturellement d'y demeurer. Il ne se levait chaque jour que dans l'intervalle qui précédait le retour de l'accès. Ainsi M. Pointfer resta couché presque constamment pendant soixante jours. Au bout de ce temps sa fièvre fut guérie, et il reconnut que sa hernie l'était également. Il abandonna le bandage qu'il avait continué de porter jusqu'alors; et, sans qu'il eût jamais pris aucune précaution, la hernie ne reparut pas. Voici maintenant

plus de trente années que M. Pointfer en est exempt. La récidive n'a pas eu lieu, quoiqu'il ait été sans cesse exposé aux fatigues pénibles de l'homme de mer.

M. Pointfer est de petite taille, replet, sanguin et très-vif; il est âgé de soixante ans.

Je lui ai demandé s'il certifierait ce qu'il venait de raconter : il fut étonné de ma question et m'offrit sa parole d'honneur. J'allai la réclamer deux années après, en lui laissant connaître l'usage que j'en voulais faire. Il me donna sans hésiter le certificat que je lui demandais, et prit exprès le soin de réunir autour du fait les détails qui devaient en rendre la vérité plus constante.

La hernie de M. Pointfer existait, comme celle de M. Dequevauvillers, depuis une vingtaine de jours lorsqu'il s'est mis au lit. On ne peut pas déterminer exactement à quelle époque le canal inguinal fut assez rétréci pour que l'intestin ne s'y introduisît plus; mais il est très-probable que cela avait eu lieu avant le 60.e jour, et l'on est en droit de présumer que ce passage eût été fermé plus tôt encore qu'il ne le fut effectivement, si le malade, au lieu de se lever tous les jours, était resté dans le lit avec toutes les précautions que M. Dequevauvilliers a prises. Il me paraît croyable qu'il n'aurait pas fallu ainsi plus d'un mois pour obtenir sa guérison.

Obs. VIII.e — *Entérocèle inguinale existant depuis vingt années chez une dame âgée de* 60 *ans. Guérison en six mois.* — M. le chevalier Douville, de Buleux, ayant eu connaissance de mon écrit sur les hernies, se plut à me raconter que M.me de R.***, sa tante, avait eu à l'âge de 60 ans, une maladie qui la retint six mois au lit, et à la suite de laquelle elle se trouva guérie d'une entérocèle inguinale qu'elle portait depuis vingt années. Il me nomma plusieurs personnes de sa famille qui avaient

été, ainsi que lui, témoins de ce fait. Comme il est pareil à celui que Fabrice de Hilden a observé, je le trouve croyable : j'en fais mention à cause de cela, et parce que M. Douville m'a déclaré que je pouvais le publier en toute sûreté. M.me de R.*** a vécu dix années après cet événement sans que la hernie reparût.

Obs. XI.e — *Luxation du pied droit avec fracture du péroné. A cause de cela, supination continuelle pendant trente-huit jours. Guérison.* — Un fermier du village de Lenchères, nommé Bourdon, âgé de 30 ans, de petite taille, mais d'une bonne constitution, s'était démis le pied droit et fracturé le péroné en tombant du haut d'un grenier à foin, le 28 novembre 1829. Je dus le retenir au lit jusqu'au 5 janvier suivant, c'est-à-dire, pendant trente-huit jours, dans une supination continuelle, à cause de sa fracture. Je ne sus pas alors que cet homme avait une hernie dans l'une de ses aines, mais quand il vint me voir à la fin de l'année, il m'apprit qu'il en avait été guéri en même temps que de sa jambe. Il portait cette hernie depuis plusieurs années. Elle fut près de huit mois sans reparaître, mais elle revint après ce temps. Les travaux de la moisson en causèrent le retour.

Bourdon s'étant cru tout-à-fait quitte de son infirmité, s'est livré sans ménagement à ces travaux, laissant de côté toute espèce de soin, et négligeant même la précaution de porter un bandage. Il est d'ailleurs présumable que trente-huit jours de supination n'avaient pas suffi pour rétrécir convenablement le canal tendineux, puisque la hernie était ancienne et d'un volume déjà considérable. Je regrette beaucoup de n'avoir pas été alors dans le secret du malade. J'aurais pu sans doute lui procurer une cure plus solide et parvenir à éviter le retour du mal.

Tels sont, si l'on y comprend la guérison d'un enfant

dont j'ai donné l'histoire il y a quelques années (1), les faits nouveaux que j'ai pu recueillir à l'égard de la supination considérée comme un moyen de guérir les hernies. Puissent ces exemples réunis aux traits divers que j'ai tirés des auteurs nos devanciers, engager quelques-uns de nos savans confrères à répéter mes essais! Placés dans des circonstances meilleures, ils acheveront sans doute ce qu'il m'a été donné seulement de commencer. L'efficacité de cette pratique étant alors reconnue, son emploi ne tarderait pas à être adopté, puisqu'elle aurait leurs voix pour recommandation et leurs noms pour appui.

J'appelle au moins leur attention sur les occasions précieuses dont le fermier Bourdon offrait un exemple. (*Obs.* IX.e) En profitant de cas pareils ou analogues, ils pourront sans encourir de responsabilité pour eux-mêmes et sans augmenter en aucune manière la gêne ou la fatigue de leurs malades, éprouver la valeur de ce moyen.

Pourquoi aussi les médecins qui ont créé des établissemens orthopédiques, n'ouvriraient-ils pas une de leurs chambres à ces autres infirmités? Il y a tant de rapports entre leurs méthodes et la mienne, que la cure des hernies, par la seule position du corps, semble être une dépendance de l'art particulier qu'ils exercent. Chez eux, du moins, on ne craindrait pas le préjugé qui jette encore de la honte sur cette espèce de mal, et l'on n'aurait pas besoin de chercher des prétextes pour se soustraire aux yeux du public, devant lequel on est sans cesse exposé dans une petite ville. Ce dernier motif est la difficulté à laquelle les malades qui se sont confiés à moi ont été le plus attachés. C'est la raison qui m'a fait manquer la plus grande part des occasions qui me sont venues de mettre

(1) *Essai sur la théorie des hernies*, chap. V.

en pratique la méthode que je propose, et à laquelle j'ai dû des succès chaque fois qu'il m'a été possible de l'employer (1).

Observation de rage traitée sans succès par l'acide hydrocyanique et le cyanure de potassium; par M. Bonnet, *interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.*

Un homme âgé de 36 ans, d'une forte constitution, fut mordu dans les premiers jours de juin, au cou et à la lèvre inférieure, par un chat qu'il avait rencontré dans la rue et recueilli chez lui. Nous ne pouvons dire combien de temps le chat resta dans la maison, sans donner de l'inquiétude; il fut chassé immédiatement après sa morsure, et disparut sans que depuis l'on ait pu savoir quel avait été son sort. Cependant la plaie guérit sans laisser aucune trace; l'individu précité continua ses travaux pendant trois mois, jouissant d'une santé robuste, et n'ayant éprouvé d'autre accident qu'une gêne dans la déglutition qui se fit sentir pendant les quinze jours qui précédèrent le lundi 5 septembre. Ce jour là il se leva comme de coutume à quatre heures du matin, et se rendit sur le boulevard du Temple où il vendait des gâteaux. Il parut à ceux qui l'entouraient dans son état habituel. Cependant ses amis lui ayant offert à boire, il repoussa le liquide, contractant les bras d'une manière convulsive, et portant avec force la tête en arrière. Le même sentiment d'horreur pour les boissons se manifesta toutes les fois

(1) M. le docteur Duplat, de Lyon, dans deux mémoires sur lesquels il a été fait un rapport à l'Académie royale de Médecine, dans sa séance du 18 janvier dernier (1831), a publié treize guérisons de hernies qu'il a obtenues par le même moyen. Ce sont des faits qu'il faut ajouter à ceux que j'ai produits, et un témoignage que je me félicite d'avoir obtenu (Voy. *Archiv.*, T. XXV, p. 271).

qu'il lui en fut présenté pendant la journée. Le médecin qui fut appelé auprès de lui, ignorant les détails que je viens de faire connaître, considéra sa maladie comme une hydropisie spontanée, le saigna et lui fit prendre des antispasmodiques. La nuit fut agitée, et plusieurs fois il invita sa femme à se retirer, lui disant qu'il allait la mordre. Le lendemain il fut plus calme, quoique toujours hydrophobe, et prit un bain qui lui avait été prescrit. Durant la nuit suivante il eut plusieurs accès convulsifs dans lesquels il manifestait l'envie de mordre. Il fut apporté à l'Hôtel-Dieu après deux jours de maladie, à dix heures du matin.

Il avait alors l'œil vif, hagard et d'une extrême mobilité; tous ses mouvemens étaient brusques, saccadés; ses inspirations inégales, précipitées, et comme composées de plusieurs inspirations successives. Sa parole nette, mais ayant le même caractère que tous ses autres mouvemens. L'approche des boissons excitait sa fureur, et ce n'était qu'en exerçant sur lui-même tout l'empire dont il pouvait disposer, qu'il parvenait à introduire dans sa bouche quelques cuillerées de liquide; des mouvemens pénibles et rapides de déglutition suivaient immédiatement ce premier effort, mais la plus grande partie du liquide était repoussée hors de la bouche et bavait sur ses lèvres. Dans ces momens de calme, il adressait tantôt des paroles de l'amitié la plus tendre à son frère qui l'avait accompagné; il se rappelait sa femme et ses enfans dont il peignait les qualités avec toute la sensibilité d'un cœur profondément ému : il se reprochait d'avoir oublié son père et lui demandait pardon de son oubli. Changeant d'idées, il reprochait à son frère l'indifférence qu'il avait pour ses maux, nous accusait d'être autour de lui prêts à saisir son cadavre pour le disséquer ; puis il se repentait de ses invectives et s'excusait sur la force du mal. Son pouls

battait 130 fois par minute; la lumière, le bruit le fatiguaient extrêmement, et pour se garantir du jour il tenait un mouchoir tendu sur ses yeux. Tout-à-coup il était pris de mouvemens convulsifs, les muscles de sa face se contractaient d'une manière effrayante; il exécutait du tronc et des membres des mouvemens brusques, étendus, qui tendaient à le jeter hors du lit sur lequel il était placé. Il poussait des cris, saisissait tous les corps qui l'entouraient, rejetait sur les assistans une salive abondante et spumeuse, mais il ne manifestait aucune envie de mordre. Cet accès durait deux ou trois minutes; il était remplacé pas l'état que j'ai dit plus haut, puis après quatre, cinq ou six minutes il revenait avec les mêmes phénomènes. On assembla, suivant l'usage de la maison, une consultation des médecins de l'Hôtel-Dieu, qui s'y rendirent au nombre de cinq; MM. Petit, Caillard, Honoré, Breschet et Trousseau : tous s'accordèrent sur la nature du mal dont la cause était facile à apprécier; car, ainsi que le fit remarquer M. Petit, les griffes sont l'arme naturelle du chat, et l'action de mordre indique chez cet animal une disposition qui, jointe à l'état errant dans lequel il vivait, confirme tous les soupçons. Ce médecin et M. Caillard rapportèrent les expériences nombreuses qu'ils avaient faites à différentes époques, pour guérir la rage. Ils dirent qu'ayant essayé une asphyxie lente, graduée et susceptible d'être modérée à volonté, ils n'avaient obtenu aucun résultat satisfaisant; que des doses énormes d'opium et de belladone, que la morsure de 7 ou 8 vipères n'avaient fait éprouver aucune modification à la rage, et qu'elle avait parcouru ses périodes comme si elle eût eté abandonnée à elle-même. Ils ne firent aucune proposition nouvelle, et terminèrent comme des hommes à qui une longue et triste expérience a démontré toute l'insuffisance de l'art. M. Breschet proposa d'abord l'injection dans les

veines d'une eau légèrement alcaline; il s'arrêta ensuite à l'emploi du galvanisme, et rapporta des expériences contre les venins des serpens de l'Afrique, et celles que M. Pravaz a faites contre la rage avec la pile galvanique. Toutefois comme ces moyens n'avaient jamais été tentés contre la rage pendant la méthode d'incubation, ou lorsque la maladie était déclarée, que l'action du galvanisme sur les plaies envenimées paraît analogue à celle de la cautérisation, l'idée de M. Breschet ne fut point admise. M. Trousseau fit remarquer que si l'opium n'avait point modifié la rage, l'acide hydrocyanique, dont l'action est beaucoup plus puissante, pourrait amener cet effet; qu'on obtiendrait alors un résultat qui, lors même qu'il ne serait point utile, éclairerait sur les modifications de la rage, et pourrait conduire à des recherches plus heureuses. Son opinion fut appuyée par M. Honoré, et comme elle ne trouva point d'opposition dans deux autres préopinans, il s'occupa de suite de l'administration du médicament qu'il avait proposé.

A dix heures trois-quarts, la paroi antérieure de l'abdomen fut recouverte dans une surface égale à celle des deux mains réunies, de pommade ammoniacale qui détermina une vésication au bout de quelques minutes. L'épiderme enlevé, on appliqua deux compresses imbibées d'une solution d'un gros de cyanure de potassium dans quatre onces d'eau. La moitié de cette solution fut employée; on attendit cinq à six minutes sans qu'aucun effet remarquable ne se fût manifesté; on demanda alors au malade s'il voulait boire, il répondit d'une manière très-intelligible qu'il le voulait bien : on lui plaça alors dans la bouche une cuillerée contenant 36 gouttes d'acide hydrocyanique au sixième, c'est-à-dire, six gouttes d'acide hydrocyanique pur; il les avala parfaitement. C'était à onze heures et quart. Les mouvemens convulsifs cessè-

rent, et deux minutes après il se laissa aller sur le dos, sa respiration changea de caractère, devint analogue à celle des agonisans ; son pouls, insensible à l'extrémité de l'avant-bras, ne put être perçu qu'en se rapprochant de plus en plus de la partie supérieure du membre. On ne sentait que difficilement à la cuisse les battemens artériels, mais au cou ils étaient encore assez distincts. Cet état parut si alarmant, que ceux qui l'entouraient le crurent sur le point de mourir, et plusieurs personnes sortirent de la salle dans cette persuasion. Cependant huit minutes s'étaient écoulées, ces symptômes graves avaient en partie disparu. Le pouls se faisait sentir dans toutes les artères superficielles ; il était très-développé et battait 180 fois par minute. Le malade était couché sur le dos, l'œil fixe, immobile, et les pupilles très-dilatées, il crachait avec assez de facilité ; les inspirations, quoique fréquentes, n'étaient plus saccadées et comme composées de plusieurs inspirations successives. Une sueur abondante découlait de son corps ; il ne proférait que quelques paroles sans suite et à peine intelligibles : quelques signes de tête indiquèrent cependant qu'il comprenait encore les paroles qui lui étaient adressées. La dilatation de ses pupilles était progressive, et leur ouverture en était venue au point d'égaler les deux tiers du diamètre de la cornée. Cet état de calme avait duré près d'un quart-d'heure, lorsque reparut un accès convulsif semblable aux précédens, avec cette différence que le malade ne proférait plus aucune parole intelligible. On crut devoir répéter les lotions de cyanure de potassium, et l'on mit dans sa bouche douze gouttes d'acide hydrocyanique qui furent avalées avec autant de facilité que les premières. La sédation suivit immédiatement l'emploi du médicament ; le malade se renversa en arrière et resta immobile, le pouls se ralentit, mais il ne se manifesta

aucun symptôme qui fît craindre une mort imminente. L'effet de la nouvelle dose d'acide hydrocyanique fut soutenu par de nouvelles lotions de cyanure de potassium, dont la quantité employée est du reste impossible à déterminer, parce que les couvertures et les compresses en imbibèrent une grande quantité. L'état de calme dans lequel se trouvait le malade dura depuis midi moins dix minutes jusqu'à une heure. Pendant ce temps la peau était très-chaude et couverte d'une sueur très-abondante, les pupilles très-dilatées, les inspirations et le pouls très-régulier. Le nombre de ses pulsations et celui des inspirations fut très-variable. A midi 25 minutes il y avait 118 pulsations et 32 inspirations; à midi 40 minutes, 130 des premières et 40 des secondes. A une heure, la transpiration cessa, la peau de la poitrine en contact avec les parties humides devint froide, ainsi que les joues et le front. Les membres inférieurs avaient conservé leur chaleur. A une heure 20 minutes, l'arrivée d'un jeune homme qui fit un examen attentif, réveilla un accès qui dura une à deux minutes; quelques instans après le malade avala, sans répugnance, quelques gorgées d'eau, qui furent vomies immédiatement après. La matière des vomissemens était incolore, spumeuse et sans odeur; le pouls ne battait plus que 96 fois par minutes. A une heure et demie, la face devint pâle, le râle muqueux, sensible même à la main, et à deux heures moins dix minutes il était mort.

L'autopsie fut faite vingt heures après la mort. On trouva une grande quantité de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde spinale, dans les ventricules cérébraux et le tissu cellulaire de la pie-mère. Cette membrane était injectée d'une grande quantité de sang à la partie postérieure, sur laquelle le cadavre avait été couché. On ne put découvrir aucune altération dans les centres nerveux. Quelques personnes cependant crurent y reconnaître

l'odeur d'amandes amères. Les follicules de la base de la langue, ceux de la partie supérieure du pharynx et du tiers supérieur de l'œsophage étaient très-développés, ainsi que les amygdales; l'épithélium de l'œsophage s'enlevait avec une extrême facilité. Il n'y avait aucune altération à la partie inférieure de la langue; les poumons étaient violets et contenaient une grande quantité de sang. Il en était de même des cavités du cœur; celui qui s'y trouvait contenu était liquide et noir; quelques caillots fibrineux s'y trouvaient cependant mélangés. L'incision des muscles donnait naissance à l'écoulement d'une assez grande quantité de sang, semblable à celui des cavités du cœur.

En comparant la marche de cette maladie à celle de la rage abandonnée à elle-même, ou soumise à l'influence des agens ordinaires, on remarque des différences nombreuses dont il est important d'apprécier le caractère. On sait que dans cette maladie, du moins lorsqu'elle offre la marche que nous avons observée ici, l'intelligence et la parole se conservent jusqu'au dernier moment; dans les heures qui précèdent la mort les accès reviennent plusieurs fois dans un quart-d'heure, et au moment où celle-ci est imminente il se manifeste dans tous les muscles un mouvement fibrillaire et rapide qui ne cesse qu'avec la vie. Ici l'altération la plus profonde s'est remarquée dans l'intelligence et la parole, à la suite de la première dose d'acide hydrocyanique; leur abolition complète a suivi la seconde. Dans l'espace de deux heures et demie, on n'a remarqué que deux accès convulsifs, et les approches de la mort ont été calmes.

La déglutition exigeait les plus grands efforts, et toujours était accompagnée de régurgitation. Au moment de l'entrée du malade, l'on a remarqué que la première cuillerée d'acide hydrocyanique, donnée cinq minutes après

les lotions de cyanure de potassium, avait été avalée complètement et sans répugnance; qu'il en avait été de même de la seconde, et que demi-heure avant la mort le malade avait bu dans un verre plusieurs gorgées de liquide. Le pouls battait 150 fois par minute, et la peau, quoiqu'un peu chaude, n'était point le siège de transpiration avant que les premières doses du médicament eussent été données. Aussitôt après leur administration, il y a eu d'abord ralentissement, puis accélération du cours du sang; la transpiration a été si abondante, qu'elle ruisselait à la face et à la poitrine, et que la chemise du malade en était détrempée. La respiration, jusque-là saccadée, inégale, semblable à celle d'un homme jeté dans de l'eau froide, était devenue régulière, complète : il a conservé ce caractère jusqu'à la fin.

Quoique l'état des pupilles n'ait pas été remarqué avant l'administration du médicament, on n'hésitera pas à regarder leur dilatation comme une de ses conséquences, si l'on se rappelle que cette dilatation a été progressive depuis le moment où elle a été observée, et qu'elle eût probablement appelé l'attention si elle eût existé plus tôt.

Tels sont les faits et les résultats de leur comparaison. On peut, je crois, en déduire la conséquence suivante : la rage a été puissamment modifiée par l'acide hydrocyanique, et les effets de l'acide hydrocyanique ont été puissamment modifiés par ceux de la rage. Il y a donc ici une influence réciproque et un double effet à remarquer : j'examinerai d'abord le premier. Dans la rage il y a deux ordres de phénomènes; les uns dépendent de l'encéphale, les autres en sont indépendans : au premier se rattachent le trouble de la déglutition et celui de la respiration; au second, la formation et l'excrétion plus abondante de la salive. Les premiers ne coïncident avec aucune lésion positive appréciable; les seconds sont liés avec une lésion

constante ; les uns se développent instantanément, les autres suivent la marche progressive des altérations anatomiques.

Cela posé, on peut se demander si l'acide hydrocyanique a substitué à la rage un empoisonnement qui aurait été la cause de la mort, ou s'il n'a fait que masquer les symptômes à la manière de cette douleur qui en obscurcit une autre. La solution de ce problême n'est point indifférente, car si la première proposition est vraie, nous avons fait un grand pas thérapeutique; nous avons remplacé une maladie incurable par une autre qui ne l'est pas même après les phénomènes de la mort apparente; malheureusement il ne paraît point qu'il en soit ainsi, et je considère l'acide hydrocyanique comme ayant masqué simplement la maladie. Il n'a modifié que les phénomènes cérébraux, et non les phénomènes organiques; il a laissé subsister dans toute son intégrité la salivation, symptôme constant de la maladie; un certain temps écoulé après son emploi, tous les symptômes ont reparu avec leur intensité première. Ce retour s'est fait attendre une demi-heure la première fois, une heure et demie la seconde; toutefois si l'on se rappelle que dans les expériences nombreuses entreprises à l'Hôtel-Dieu, aucune modification n'a été obtenue, que la maladie a continué sa marche avec tous les caractères qui lui sont propres, après l'administration de doses énormes de belladone ou d'opium, après que les enragés avaient été mordus par sept ou huit vipères, etc., on n'hésitera pas à regarder le fait que nous venons de rapporter comme remarquable, et comme pouvant mettre sur la voie de quelques médications utiles.

J'ai dit que la rage avait puissamment modifié les effets de l'acide hydrocyanique; la mort, qui chez un homme sain eût été la conséquence immédiate de l'emploi du médicament à la dose de 36 gouttes, n'est survenue que

trois heures plus tard. Ce caractère, presque spécial, d'une maladie qui, nécessairement mortelle, s'oppose cependant à la mort instantanée, doit encourager aux essais les plus hardis; il enlève la crainte de ces morts instantanées qui effrayent le public et accréditent des préjugés que l'honneur des médecins et la confiance qui leur est nécessaire doivent engager à détruire.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION (1),

RÉDIGÉ PAR MM. CHANTOURELLE, DONNÉ, GUILLEMOT, MONDIÈRE ET VELPEAU.

De la grossesse utérine extra-abdominale; par M. GUILLEMOT, *D. M. P.*

Les faits rares et extraordinaires ont besoin du témoignage d'un assez grand nombre d'observateurs, pour devenir authentiques et pour perdre ce caractère de merveilleux que l'imagination se plaît à leur donner. La Société médicale d'Emulation possède dans ses archives un fait de ce genre. C'est l'observation d'une grossesse utérine extra-abdominale. Un ancien membre de cette Société, fort habile dans l'art des accouchemens, éleva des doutes sur cette espèce de grossesse, et il eût considéré cette observation comme fabuleuse, si elle n'avait pas été rapportée par des hommes aussi recommandables que MM. Boistard, et Py, médecin en chef de l'hôpital de Narbonne. J'ignore si les renseignemens réclamés dans le

---

(1) Les lettres ou paquets destinés à la Société doivent être adressés, *franco*, à M. Bricheteau, secrétaire-général, rue Christine, N.° 1.

rapport ont été demandés; car aucune pièce nouvelle relative à ce fait ne se retrouve dans les archives. C'est pour remplir cette lacune et jeter quelques lumières sur cette espèce de grossesse, que je vais reproduire l'observation de M. Py, et l'entourer de faits à-peu-près semblables, qui ont été aussi un motif d'étonnement pour ceux qui les ont recueillis.

« Je fus appelé, dit M. Py, en 1821, à Lésignan, arrondissement de Narbonne, pour y voir, avec M. le docteur Boistard, une personne dangereusement malade. Ce médecin me montra Marie Bouscat, qui fait le sujet de la présente observation. Cette femme, âgée alors d'environ 40 ans, était affligée d'une chute complète de l'utérus depuis près de neuf ans, époque de son dernier accouchement. Malgré son infirmité, cette femme était devenue encore enceinte, et s'était de nouveau heureusement accouchée depuis un an. Jusqu'au septième mois et demi d'une troisième grossesse, Marie Bouscat n'avait éprouvé d'autre incommodité que celle que devait lui causer le poids de cette masse énorme de la matrice qui lui couvrait les cuisses et les genoux, et qui formait un des cas de pathologie le plus extraordinaire, tant sous le rapport de la descente de l'utérus que sous celui de l'enfantement, dans une circonstance morbide. Enfin, arrivée au terme de cette dernière gestation, les douleurs de l'enfantement se manifestèrent, et cette mère de famille eût infailliblement péri sans les lumières de M. Boistard, car depuis trois jours qu'elle était entre les mains d'une sage-femme ignorante, elle était en proie aux souffrances d'un accouchement trop prolongé. Un état calleux de l'orifice de la matrice, qui ne pouvait permettre aucun degré de dilatation, formait un obstacle invincible aux efforts de la nature. Le praticien de Lésignan ne l'eut pas plutôt aperçu, qu'il se détermina à pratiquer sur les parties laté-

rales droites et gauches de cet orifice, une double et large incision qui lui permit de terminer soudain un accouchement dont l'impossibilité ne pouvait être autrement vaincue. L'enfant était mort, mais très-frais, bien constitué, ce qui ne laisse aucun doute sur la certitude qu'il y aurait eu de l'extraire vivant, si M. Boistard eût été appelé plus tôt. Néanmoins Marie, quoique heureusement délivrée, donna quelques inquiétudes sur son rétablissement. Les lochies ayant coulé librement, son retour à la santé ne fut plus douteux; elle alla de mieux en mieux, et en moins de cinq semaines M. Boistard eut la satisfaction de voir l'utérus revenir dans le meilleur état, pour en opérer la rentrée dans sa cavité naturelle, et l'y contenir au moyen d'un pessaire. Mais cette femme livrée à elle-même négligea nos conseils. Elle reprit les travaux de la campagne, abandonna le pessaire, et la matrice ressortit de nouveau, sans occasionner de douleurs; les règles reparurent et continuèrent à couler tous les mois. »

Aucun de nos ouvrages classiques ne contient d'observations pareilles, et aucun de nos grands maîtres ne nous a fait pressentir dans leurs écrits l'existence et même la possibilité de cette espèce de grossesse; j'ai pour garant de cette assertion tout le savoir de l'accoucheur dont j'ai parlé plus haut, et à qui la connaissance de nos meilleurs traités était très-familière. Il faut remonter à d'autres sources, et s'adresser à ces recueils scientifiques qui composent rarement la bibliothèque du médecin. C'est dans ces collections qu'on découvre des exemples de ces grossesses extra-abdominales. Le *Journal de Médecine et de Chirurgie* renferme dans les premiers cahiers de l'année 1775, une observation semblable à celle de M. Py.

« Elisabeth Gauthier, âgée de 35 ans, mariée depuis neuf ans, devint enceinte pour la première fois (1772). Depuis l'âge de 15 ans, elle était affectée d'une descente

complète de matrice, avec un renversement total du vagin. En se mettant au lit, pour habiter avec son mari, elle faisait à son gré rentrer la descente, qui retombait le le matin en se levant. Dans toute sa grossesse, elle porta ainsi son enfant; la matrice étant entièrement sortie des lèvres, ne sentant d'autre incommodité qu'une difficulté d'uriner sur la fin de sa grossesse, à laquelle elle remédiait en soulevant son fardeau. Le 3 septembre 1772, elle éprouva les douleurs de l'enfantement. MM. Jalouset père et fils, sur l'avis d'un jeune chirurgien, se rendirent auprès de la malade. La tumeur était énorme et couverte de cicatrices et de callosités produites par le frottement continuel de la chemise, des habits et des cuisses de la femme. Après soixante heures de fortes contractions, l'orifice utérin ne se dessina pas et parut manquer. Cependant les cheveux de l'enfant sortirent à travers une petite ouverture dont les bords étaient durs et calleux. Cette ouverture, placée à la partie postérieure de la tumeur, était l'orifice de la matrice. Des incisions furent pratiquées avec ménagement sur les divers points de l'orifice, et après une heure et demie de travail l'enfant fut expulsé. Il était mort. Les suites des couches furent heureuses. Comme elle ne voulut pas s'assujettir à l'usage du pessaire, la descente est revenue. Dans cet état, elle s'acquitte des travaux les plus pénibles de la campagne, marche et se porte à merveille. »

On trouve dans une des notes que Chopart a placées dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, un fait bien propre à confirmer les deux observations précédentes, et à éclairer la question de la grossesse qui nous occupe. Il est assez important pour être connu dans ses détails.

« Une jeune fille des environs de Versailles portait, depuis six ans et à la suite d'un violent effort pendant l'é-

ruption des règles, une descente de la matrice, lorsqu'elle se maria à un homme qui, n'ayant jamais connu d'autres femmes, pensa qu'elles étaient toutes conformés comme la sienne. Cependant elle essaya plusieurs fois de replacer sa descente, mais elle éprouva une telle résistance, que ses tentatives furent infructueuses. Elle prit le parti de vivre avec son incommodité, d'autant plus qu'elle n'en souffrait pas et qu'elle était réglée tous les mois. Au bout de 21 ans, son mari parvint à dilater l'orifice de la matrice, qui était au-dehors des grandes lèvres, et après l'avoir élargi peu-à-peu, il y introduisit le gland de la verge et consomma l'œuvre de la génération. Cette femme devint grosse, et la grossesse s'annonça par tous les signes qui la caractérisent. Le fœtus prit de l'accroissement, la matrice de l'amplitude. La portion de ce viscère, sortie par la vulve, s'étendit dans toutes ses dimensions, autant qu'il lui fut possible; mais comme dans ce déplacement elle se trouvait contrainte par la vulve et par l'orifice du vagin, dont la partie supérieure était retournée pour suivre et accompagner la descente utérine, elle s'alongea et forma une tumeur plus étendue au dehors. L'autre portion de la matrice, ou son fond, s'étendait dans l'hypogastre proportionnellement à l'accroissement du fœtus. Cette femme passa le temps de sa grossesse sans autre incommodité qu'une leucophlegmatie qui lui survint le septième mois, et qui se dissipa spontanément par une flux abondant utérin. Arrivée au terme de l'accouchement, après neuf mois révolus, elle éprouva les douleurs qui annoncent un travail prochain. Après trois jours de douleurs excessives, M. Marrigues fut appelé avec un des médecins de Versailles. Ils la trouvèrent couchée sur le côté gauche. Une très-grande partie de la matrice sortie par la vulve se présentait à sa vue, sous la forme et le volume d'un gros melon ellipsoïde; sa surface était

rouge, inégale en quelques endroits. Ses parois denses offraient une certaine résistance au toucher, et telle qu'aurait pu le faire un corps cartilagineux. La matrice était tellement serrée par la vulve, qu'elle semblait y avoir contracté des adhérences. L'orifice, placé à son extrémité inférieure, présentait une ouverture d'environ un pouce de diamètre. Le sommet de la tête de l'enfant se manifestait à cet orifice, dont les bords étaient si durs et si calleux qu'il ne fut pas possible de le dilater. Alors M. Marrigues conseilla de faire aux bords de cet orifice une double incision vis-à-vis l'une de l'autre, qui, agrandissant suffisamment cette ouverture, permît l'introduction de la main dans la matrice pour y saisir l'enfant et l'amener au-dehors. On fit ces incisions, on tira l'enfant: Il était mort. En pratiquant ces incisions, on remarqua que les parois de l'orifice utérin étaient d'une dureté qui approchait de celle du cartilage. Cette femme assura qu'elle n'avait pas senti l'action du bistouri. La portion sortie de la matrice parut aussi avoir perdu toute sa sensibilité et même sa force contractile. Les suites de cet accouchement ne furent point traversées d'accidens. » (*Voir* I.er volume du *Traité des maladies des voies urinaires*, édition de Félix Pascal, page 389.)

Le développement du fond de la matrice, que nous avons vu, dans cette observation, s'opérer dans l'excavation pelvienne et dans la région hypogastrique, n'a rien qui doive nous surprendre. Il est présumable que les choses se sont passées ainsi dans les faits rapportés par MM. Py et Jalouset. Le vagin ne peut jamais assez s'étendre et s'alonger pour que la matrice se développe toute entière au dehors du bassin et jusqu'au terme de neuf mois; qu'une cause s'oppose à cette élévation de la matrice, dans l'excavation du bassin, un accouchement prématuré a lieu. L'observation suivante confirme cette assertion.

« Marie C..., vers sa seizième année, fit, pendant l'écoulement menstruel, un violent effort, qui fut suivi d'une forte douleur aux parties génitales, et plus tard d'une chute complète de l'utérus. Le taxis fut souvent employé par la malade dans les premiers temps, pour calmer les douleurs causées par le déplacement des organes et le contact de l'urine sur la surface du vagin; mais lorsque l'habitude de ce contact eut émoussé la sensibilité des parties, la malade ne s'occupa du taxis qu'à des intervalles souvent très-éloignés. A l'âge de 24 ans, elle contracta le lien conjugal, et le taxis employé aussi souvent que le mari l'a désiré, maintint toujours la paix dans leur ménage. A l'âge de 42 ans, elle devint enceinte pour la première fois (1806). Au troisième mois de la grossesse, l'amplitude de la matrice excéda celle du détroit inférieur, et s'opposa à la rentrée de l'organe dans l'excavation du bassin, malgré les nombreuses tentatives du mari et de la femme. Bientôt après survinrent la compression de l'urètre contre l'arcade du pubis et la rétention d'urine.

» M. Pichausel, chirurgien à Clairac (Lot-et-Garonne), appelé auprès de la malade, la trouva couchée en supination. Son vagin, rempli du produit de la conception, était horizontalement placé entre les cuisses. Toute cette surface, dont la longueur était de dix pouces du sommet de l'arcade du pubis au museau de tanche, et de treize pouces de circonférence vers le milieu de sa longueur, avait l'apparence du derme. L'orifice utérin, rond, épais, calleux, presque clos, était placé vers la partie postérieure du sommet de la tumeur, dont la base, enveloppée par les grandes lèvres, avait déformé ces deux replis. Le cathétérisme fut pratiqué, et une sonde de Bernard fut mise à demeure. Pour soutenir le produit de la conception on eut recours à un bandage à double T. La matrice, en se développant, éprouva une si grande gêne, et le vagin une

distension si forte, que la malade, forcée de garder le lit dès la fin du quatrième mois, fut prise, avant la fin du cinquième, des douleurs de l'enfantement, avec des souffrances inouïes. Le travail, au bout de trois jours, ne procura qu'une dilatation d'un pouce de diamètre, laquelle facilita néanmoins la rupture des membranes.

Du 3.e au 6.e jour, même état de l'orifice, malgré l'emploi des topiques relâchans; écoulement d'une humeur fétide, sanguinolente, cessation des douleurs, répugnance invincible de la malade pour toute manœuvre. Au 7.e jour, une légère hémorrhagie permit de pénétrer dans l'utérus et d'en extraire deux enfans morts. Leur volume égalait celui de deux jumeaux, développés dans le sein d'une mère exempte de toute indisposition.

» La délivrance fut facile; l'organe de la génération et le vagin furent rétablis dans leur position respective, et la malade, soumise à un régime convenable, fut bientôt hors de danger. Depuis cette époque, l'écoulement menstruel a cessé, et Marie préfère son incommodité à l'usage du pessaire. » (*Journal de Médecine de Montpellier*, tome XXIII.)

Le développement du fond de l'utérus, que nous avons vu dans cette observation, arrêté par la trop grande amplitude que la présence de deux fœtus a déterminée à la matrice, pour s'élever dans le bassin, peut devenir une cause de guérison pour les femmes affligées d'une semblable grossesse. Nous en trouvons un exemple remarquable dans la collection des Mémoires de Richter, professeur d'accouchement à Moscou (ann. 1797).

« Une femme, attachée au service d'un grand seigneur russe, portait depuis long-temps une chute complète de l'utérus. Malgré cette infirmité elle devint enceinte et réclama pendant cette grossesse les soins de Richter. Ce fut un singulier spectacle pour lui, que de voir au dehors la

matrice chargée du produit de la conception, et de suivre des yeux tout le développement qu'elle avait acquis de l'accroissement du fœtus renfermé dans sa cavité. La femme jouissait d'une assez bonne santé. Elle consentit à soutenir avec un appareil sa matrice. Cet accoucheur lui persuada que le coucher en supination empêcherait la matrice de descendre davantage par son propre poids. Après les quatre mois et demi de la grossesse révolue, la matrice fut entraînée peu-à-peu au-dessus du détroit abdominal, et au septième mois elle était toute entière rentrée dans le bassin et au-dessus du détroit abdominal. Elle s'est maintenue dans cette nouvelle place jusqu'à la fin de la grossesse. »

Cette espèce de grossesse ne se manifeste pas toujours dès les premiers mois de la conception, et n'est pas également, dans tous les cas, précédée d'une ancienne descente de la matrice; elle peut survenir tout-à-coup, à toutes les époques de la gestation. Mullner, chirurgien de Nuremberg, rapporte qu'une femme arrivée au cinquième mois de la grossesse, en puisant de l'eau, ressentit une vive douleur dans l'hypogastre, et que l'utérus s'échappa à travers la vulve et se développa au dehors entre les cuisses jusqu'au terme de la gestation. Suivant son rapport, aux approches du travail, il introduisit le doigt index dans l'orifice de l'utérus, déchira les membranes, et fit l'extraction d'un fœtus vivant, qui mourut quelque temps après.

« Fabricius, professeur de médecine, fut appelé pour une pauvre femme âgée de 30 ans, qui était dans les douleurs depuis trente heures. C'était son troisième enfant. Il rechercha la cause d'un travail aussi lent. Il trouva l'enfant se présentant bien, mais la matrice entièrement placée hors de l'abdomen. Ce phénomène le frappa; il demanda à la malade combien il y avait de

temps qu'elle s'était aperçue de cette tumeur ; il apprit qu'il y avait environ deux mois ; que depuis ce temps il en était toujours sorti une humeur muqueuse ; que la sage-femme appelée dès le commencement de la maladie avait tenté envain de la réduire. Les eaux avaient percé la veille. Il fit coucher la malade sur lit, la poitrine soutenue par des oreillers, et les cuisses un peu élevées. Il fit dilater l'orifice de la matrice, et l'enfant sortit sans le secours des instrumens. » (*Thèses chirurgico-médicales publiées par Haller*, tome II.)

Les exemples d'une grossesse ainsi développée sont très-rares ; le plus souvent on parvient à replacer l'utérus dans l'excavation pelvienne, et à le maintenir dans sa situation naturelle. Si cette réduction n'a pas été opérée, l'expulsion du fœtus a ordinairement lieu avant le terme révolu de la grossesse, soit que la chute de la matrice existe avant l'imprégnation, soit qu'elle survienne pendant la gestation. Nous trouvons des preuves de ce dernier fait dans les observations de Christophe Schelhammer et de Van Swiéten. — Une femme, qui était affligée depuis long-temps d'une descente de la matrice, fit appeler Schelhammer pour l'assister dans ses douleurs d'enfantement. La sage-femme, qui était auprès d'elle, avait été troublée en voyant au-dehors de la vulve un corps qui lui était inconnu ; c'était l'utérus, qui avait été entièrement entrainé par le renversement du vagin. Il se présentait sous la forme du pénis, dans son état d'érection. Un embryon était renfermé dans la cavité utérine, et l'orifice interne était assez entr'ouvert pour reconnaître la tête de l'enfant. La sage-femme, ne sachant pas quel parti prendre, suivit le conseil de Schelhammer, de repousser en arrière l'orifice utérin, et de l'aggrandir avec le doigt introduit entre ses bords et la tête du fœtus. Elle parvint à découvrir peu-à-peu la tête, de la même ma-

nière qu'on dégage le gland du prépuce. (*Ephémérides d'Allemagne*, année 1690) Suivant le rapport de Van-Swiéten, Harvée, dans un cas à peu-près semblable, ne connaissant pas la nature de la maladie, la prit pour un cancer. Il en avait résolu l'extirpation, lorsque tout-à-coup la tumeur s'ouvrit et il en sortit un enfant. La femme portait depuis long-temps une descente de matrice. La surface de cet organe était dure et calleuse; l'enfant était mort; il n'avait que la longueur de la main.

A côté de l'ordre des faits que je viens d'exposer, se place naturellement l'histoire de l'accouchement compliqué de la précipitation de la matrice; mais je ne dois pas oublier que Sabatier a traité cette question, et que je me suis imposé la tâche de borner mes recherches à la grossesse utérine extra-abdominale.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

A treatise on the venereal diseases of the eye; c'est-à-dire, *Traité des maladies vénériennes des yeux; par* GUILL. LAWRENCE, *chirurgien de l'infirmerie ophthalmique de Londres, etc., etc. Londres*, 1830. *In*-8.° *de* 337 *pages.* (Extrait.)

L'auteur divise les maladies vénériennes du globe de l'œil et de ses dépendances, en deux classes, les affections *gonorrhoïques* et les affections *syphilitiques*. D'après lui, il existe trois formes bien distinctes d'inflammation ophthalmique dépendant de la gonorrhée : 1.° l'inflammation aiguë de la conjonctive; 2.° l'inflammation modérée de cette membrane; 3.° l'inflammation de la sclérotique, qui s'étend quelquefois à l'iris.

1.° *Conjonctivite gonorrhoïque aiguë.* — Cette affection, dont la dénomination indique suffisamment la nature, est une inflammation violente de la conjonctive du globe de l'œil et de celle des paupières, avec écoulement abondant d'un fluide dont tous les caractères sensibles se rapprochent de celui qui s'échappe de l'urètre dans la gonorrhée. Cette ophthalmie, heureusement la plus rare, fait quelquefois des progrès si rapides, qu'elle détruit l'organe qu'elle affecte avant même que les malades, surtout ceux de la classe inférieure, aient imploré les secours de l'art.

Symptômes. — Ils sont les mêmes que ceux de l'ophthalmie purulente, mais seulement portés tous à un bien plus haut degré. Ainsi la rougeur et la tuméfaction de la conjonctive sont plus prononcées, le chémosis plus considérable, la sécrétion purulente plus abondante, etc. Dans la première période, qui est de courte durée, l'inflammation est bornée à la conjonctive et s'accompagne de sécheresse, de sensation de graviers, et de difficulté plus ou moins grande à se servir de l'œil malade ou à le tenir exposé à la lumière. Bientôt elle s'étend à la cornée et s'accompagne alors de douleurs aiguës et déchirantes qui occupent tout le globe de l'œil, l'orbite, et la tête, devenant intolérables par l'exposition à la lumière, et donnant lieu à des phénomènes fébriles très-intenses. Déjà à cette époque, le danger de la perte de l'organe est très-grand, mais aussitôt que le mal s'est propagé au globe de l'œil lui même, on ne peut plus guère espérer en prévenir les terribles conséquences. Il se fait dans toutes les parties environnantes un épanchement plus ou moins abondant de sérosité ou de lymphe coagulable qui produit le chémosis et le gonflement des paupières, surtout de la supérieure, qui recouvre quelquefois complètement l'autre. Ce gonflement empêche souvent le chirurgien de

reconnaître l'état de la cornée, et quoique, pour le pronostic, il soit important de s'assurer de l'état de cette membrane, on ne doit point persister à le faire, dans la crainte d'augmenter l'inflammation et les souffrances du malade.

Le gonflement des paupières, qui quelquefois est tel qu'il en produit le renversement, est de la même nature que celui qui survient dans toutes les parties aux environs desquelles il existe une violente inflammation, et ne peut être attribué, comme il l'a été d'abord par Hunter, et plus récemment par Beer et Richter, à l'épanchement de la matière gonorrhoïque dans les parties où il siège. C'est cette opinion erronée qui a conduit les médecins que nous venons de nommer, et beaucoup d'autres, à conseiller de faire de nombreuses incisions pour donner issue à cette prétendue matière gonorrhoïque épanchée : cette opération formait pour eux la base du traitement.

La membrane enflammée sécrète d'abord en petite quantité un mucus clair et blanchâtre, et à mesure que l'inflammation fait des progrès, ce produit devient jaunâtre, plus épais et plus abondant, et enfin lorsque le mal est arrivé à son summum d'intensité, la matière sécrétée a toutes les apparences de celle qui sort de l'urètre dans la gonorrhée virulente; elle tache aussi le linge de la même manière.

Quoique la douleur de l'œil et de la tête soit généralement très-intense, surtout lorsque la cornée elle-même est affectée, quoique le plus ordinairement les malades accusent une douleur brûlante, une sensation de déchirement dans le globe oculaire, qui s'étend quelquefois au front et au reste du crâne, il est des cas cependant où il n'existe point ou presque point de douleur. Tel était entr'autres un jeune homme chez lequel il y avait destruction de la cornée, procidence en masse de l'iris et ché-

mosis considérable, et qui cependant ne souffrit point ou presque point. M. Lawrence rapporte plusieurs autres faits semblables.

La marche de cette ophthalmie peut être divisée en trois périodes, quoiqu'il ne soit pas toujours possible de tracer les limites de chacune d'elles. Dans la première il y a distension des vaisseaux de la conjonctive, gonflement de cette membrane et des paupières, et quelques douleurs dans le globe de l'œil; le commencement de la seconde est marqué par l'apparence de la sécrétion puriforme, et celui de la troisième par l'extension de l'inflammation à la cornée et l'augmentation de la douleur. Leur durée varie selon la constitution, l'état de santé des malades, et surtout selon le mode de traitement adopté. Les deux premières sont ordinairement très-courtes. Ainsi dans un cas la première ne dura que vingt-quatre heures; au bout de ce temps commença la sécrétion puriforme, et trente-six heures après le gonflement était si grand, que l'on ne pouvait découvrir les yeux; mais la douleur vive du globe de l'œil et de toute la tête annonçait assez que la cornée participait à la maladie.

Effets. — Les effets immédiats de cette ophthalmie sont le gonflement, la suppuration, l'ulcération de la cornée et le dépôt, entre les lames qui composent cette membrane, d'une lymphe coagulable. Les accidens qui peuvent leur succéder sont la sortie des humeurs et l'affaissement du globe de l'œil, l'oblitération de la chambre antérieure, le staphylôme, la chute de l'iris, l'occlusion de la pupille. L'auteur entre, sur la manière dont s'opèrent ces changemens, dans de longs détails que nous ne croyons pas devoir reproduire ici en totalité. Nous en extrairons seulement les circonstances les plus remarquables. La rupture de la cornée, qui ordinairement est une suite du ramollissement de cette membrane, peut être *spontanée;*

alors elle a lieu subitement au milieu d'un paroxysme d'une violente douleur. Le plus ordinairement toute l'épaisseur de la cornée est sphacélée; cependant l'escarrhe peut n'atteindre qu'une partie des couches de cette membrane, et à sa chute on aperçoit une surface ulcérée qui est bientôt soulevée par la membrane aqueuse et l'iris qui lui est devenu adhérent. La tumeur ainsi formée diminue à mesure que l'inflammation baisse, et finit même par disparaître tout à-fait.

Cependant dans les cas où l'escarrhe occupait la moitié ou même le tiers de la cornée, il reste au devant de l'œil une saillie formée antérieurement par les lames de la cornée que la mort n'a pas frappées, et postérieurement par l'iris. Cette saillie est une extension de la chambre antérieure, et comme elle remplie par l'humeur aqueuse. La suppuration de la cornée peut être générale ou locale; mais le plus souvent elle est générale, et alors ou les humeurs de l'œil s'écoulent et l'organe s'atrophie, ou bien l'écoulement des humeurs est empêché par la conjonctive qui tapisse la sclérotique et qui, tuméfiée, se contracte de la circonférence vers le centre de l'espace qu'occupait la cornée jusqu'à ce qu'elle l'ait rempli complètement. Dans ce cas l'œil apparaît comme une masse charnue, rougeâtre, qui empêche de distinguer même la place qu'occupait la cornée. Lorsque l'inflammation s'établit sans être précédée de suppuration, elle attaque la circonférence de la cornée dans le tiers, la moitié ou les deux tiers, et même dans la totalité de son étendue. Lorsque l'ulcération de la cornée, quelle que soit la manière dont elle s'établisse, tend à se cicatriser, sa surface prend une légère teinte grisâtre, son fond une apparence de gelée, et sa cavité se remplit d'une substance molle, demi-opaque, dont la surface s'aplanit et devient polie, et la forme de la cornée se trouve par là rétablie. La

vision le plus ordinairement reste intacte, et parce que les cicatrices se rétrécissent avec le temps et parce qu'elles siègent le plus ordinairement à la circonférence de la cornée.

Diagnostic. — Les symptômes locaux ne sont pas toujours suffisans pour établir une distinction entre l'ophthalmie gonorrhoïque et l'ophthalmie purulente portée au plus haut degré. Mais la persistance ou la suppression récente d'un écoulement gonorrhoïque par l'urètre, est une circonstance qui aide beaucoup au diagnostic. En général l'ophthalmie gonorrhoïque n'atteint qu'un seul œil; tandis que l'ophthalmie purulente affecte les deux. Le docteur Vetch (1) dit qu'à peine une fois sur mille on voit cette dernière bornée à un seul œil. Toutefois ce n'est point une règle générale, car on a vu l'ophthalmie purulente bornée à un seul œil, et la gonorrhoïque attaque souvent le second œil, après un court intervalle. Sur quatorze cas d'ophthalmie gonorrhoïque, M. Lawrence a vu neuf fois un seul œil affecté. Dans l'ophthalmie purulente ordinaire, l'inflammation commence par la conjonctive palpébrale, et ne se propage qu'après à celle qui tapisse l'œil. Enfin les caractères distinctifs se tirent surtout de la violence des symptômes, de la rapidité de leur marche, et de leurs effets aussi prompts que funestes.

Pronostic. — Il est toujours grave, comme le fait assez pressentir ce que nous venons de dire des caractères distinctifs de cette ophthalmie. Sur quatorze malades dont l'auteur rapporte les observations, neuf ont perdu la vue par l'épaississement, la suppuration ou l'opacité de la cornée. Les cinq autres guérirent avec des opacités partielles de cette membrane, ou l'adhérence de l'iris avec sa face postérieure. L'intervalle qui s'écoule entre l'inva-

(1) *Practical treatise on diseases of the eye.* Page 195.

sion de la maladie et le moment où elle atteint son summum d'intensité, est si court, que souvent les effets en sont irréparables quand les malades invoquent les secours de l'art. Mais lorsque la maladie n'est encore qu'à son premier ou à son second période, on peut espérer prévenir la cécité au moyen d'un traitement actif. Lorsque les deux yeux sont successivement affectés, le mal est moins sévère dans celui qui l'est le dernier. Toutefois ce n'est point une règle générale. M. Lawrence rapporte un cas de cette espèce dans lequel les deux yeux furent frappés d'une cécité complète. Au reste, c'est surtout sur l'état de la cornée qu'il faut baser le pronostic, en se rappelant cependant que, comme le prouvent des observations rapportées par l'auteur, cette membrane peut être partiellement épaissie et même assez largement ulcérée sans que la vision s'en trouve le moins du monde altérée.

Causes. — Ici l'auteur discute plusieurs questions importantes. Et d'abord, le rapport qui existe entre l'inflammation de l'urètre et celle de l'œil. « Ce rapport, dit-il, est établi d'une manière positive par l'expérience et les observations d'un grand nombre d'auteurs recommandables, et par ma propre pratique. » M. Lawrence, en effet, rapporte plusieurs observations qui prouvent ce rapport d'une manière irrécusable. Aussi s'étonne-t-il que M. Pearson la mette en doute, et soutienne que l'inflammation des yeux qui survient pendant le cours d'une syphilis n'ait point un caractère spécial. M. Pearson se fonde sur ce que, sur plusieurs milliers de cas de gonorrhée qu'il a observés, il a pas vu une seule inflammation des yeux qui pût être rapportée à l'écoulement urétral. Il nie aussi, contre l'opinion de Beer et de Scarpa, que le fluide gonorrhoïque de la verge, déposé sur un œil sain, n'y produise qu'une inflammation légère, et contre celle de Vetch et de son élève Smith, que cette

même matière ne puisse infecter les yeux de l'individu sur lequel elle a été prise. Contre cette assertion de l'auteur allemand, il invoque les faits recueillis par ses devanciers et sa propre expérience. Il rapporte trois observations où l'ophthalmie se déclara après le contact avec l'œil, d'étoffes ou de linges imprégnés du fluide gonorrhoïque, et en cite deux autres que lui a communiqués Wardrop : dans l'un de ces deux cas, les doigts furent le moyen d'inoculation, et dans l'autre ce furent les urines, dont se servit un soldat atteint de gonorrhée, pour se laver les yeux dont les paupières étaient légèrement malades. A ces faits cités par M. Lawrence, nous ajouterons ceux dont nous avons parlé en faisant connaître dans ce Journal l'ouvrage de M. Mackenzie sur les maladies des yeux, et un autre dont un de nos confrères nous a tout récemment entretenu. Il s'agit d'un commis de bureau, qui croyant se servir de son mouchoir, s'essuya les yeux avec un linge dont il s'était quelque temps auparavant enveloppé la verge. Quant à la propagation de cette ophthalmie d'un individu à un autre par l'application de la matière gonorrhoïque, on ne peut, dit-il, conserver à cet égard le moindre doute. A la masse de faits déjà publiés, il en ajoute deux qu'il doit à Wardrop. Dans l'un il s'agit d'une dame qui s'essuya les yeux avec un serviette qui avait servi à son fils atteint de gonorrhée, et dans l'autre d'une blanchisseuse qui lavait des linges imprégnés de fluide gonorrhoïque. M. Bacot (1) rapporte deux cas tout-à-fait semblables à ce dernier.

Se fondant ensuite sur ce que, dans tous les cas d'ophthalmie de cette nature rapportés par les auteurs à une prétendue métastase, il n'y a pas eu suppression totale de l'écoulement par la verge, et que même, comme l'observe

(1) *Treatise on syphilis.* P. 132.

M. Delpech (1), cet écoulement subsiste souvent dans toute sa force, il cherche une autre explication de ce phénomène, dit métastatique, et il est porté à l'attribuer à un état particulier de la constitution des malades, état qu'il ne peut caractériser, mais qui paraît avoir de l'analogie avec ce que l'on observe chez les goutteux et les rhumatisans qui offrent un déplacement fréquent de l'irritation ou du principe de la maladie.

Traitement. Le seul moyen d'arrêter cette terrible maladie, et de prévenir la destruction complète des yeux, c'est d'avoir recours à un traitement antiphlogistique des plus énergiques. C'est surtout sur les saignées générales et locales qu'il faut compter. On doit saigner largement du bras et même de l'artère temporale, ou appliquer de nombreuses sangsues autour de la partie affectée, revenant à ces divers moyens à de courts intervalles, tant que persistent et la douleur et la congestion sanguine. Dans un cas, dit M. Lawrence, j'ai saigné très-largement et secondé ces saignées générales et locales par les autres moyens antiphlogistiques, et quoique ce traitement énergique fût mis en pratique dès le commencement de l'affection, le malade n'en perdit pas moins les deux yeux. De ce fait et de quelques autres dont l'issue fut aussi malheureuse, l'auteur ne conclut pas que les antiphlogistiques ne sont pas capables d'arrêter la maladie, mais seulement qu'ils ne furent pas encore portés assez loin. Son opinion se trouve partagée par MM. Bacot et Wardrop : le premier dit que, si l'on veut sauver la vue de ses malades, il ne faut pas quitter le chevet de leur lit que l'on n'ait, par des saignées répétées détruit l'inflammation; et le second déclare que le seul cas d'ophthalmie gonorrhoïque où il soit parvenu à conserver les yeux du malade, est celui d'une jeune

(1) *Chirurgie clinique.* T. I.er, p. 319.

femme qui fut saignée du bras aussi souvent qu'on pût obtenir du sang. Cette malade perdit 170 onces de sang en quelques jours; elle était comme exsangue, et sa peau avait la couleur de la cire. Parmi les malades dont M. Lawrence rapporte les observations, ceux chez lesquels l'ophthalmie laissa les traces les moins profondes, furent ceux qu'il saigna le plus largement.

Dans les cas où les symptômes sont moins intenses, les saïgnées locales peuvent suffire. On doit également s'abstenir de ces grandes évacuations sanguines, aussitôt qu'on a perdu l'espoir de prévenir la destruction de la cornée, à moins que l'inflammation, dont l'intensité diminue ordinairement aussitôt après la rupture de cette membrane, ne menace de s'étendre aux parties voisines et de faire de nouveaux progrès. C'est guidé par ces principes, que M. Lawrence est parvenu à sauver la vue à des individus chez lesquels il y avait eu destruction partielle de la cornée.

Les vésicatoires ne sont point ici d'une très-grande efficacité. Cependant on peut, par leur emploi, seconder les bons effets des évacuations sanguines. On doit les appliquer à la nuque et déterminer une abondante suppuration.

Les applications locales sont également peu efficaces: elles seraient incapables à elles seules de prévenir l'issue fâcheuse de la maladie; on les emploie seulement pour calmer les souffrances des malades. Les topiques froids sont en général plus utiles que ceux qui sont chauds, surtout dans le premier stade de l'ophthalmie; cependant il devient quelquefois nécessaire de les abandonner pour employer les fomentations tièdes. Mais il est de la plus haute importance de nettoyer souvent les yeux pour prévenir le séjour et l'action irritante du fluide purulent qui est sécrété souvent en très-grande abondance.

Quoique par ces moyens on parvienne souvent à arrêter l'inflammation, ses effets n'en sont pas pour cela immédiatement détruits, et il faut souvent un temps assez long pour que les membranes de l'œil reviennent à leur état normal. Quelquefois le gonflement de la conjonctive et des paupières a diminué, les membranes sont devenues plus pâles et comme ramollies, et cependant la sécrétion purulente est encore abondante; le malade est pâle et faible. Dans ces circonstances, on regarde généralement comme très-utile de changer le traitement et d'administrer les toniques à l'intérieur et les astringens à l'extérieur. Lorsque au contraire les symptômes inflammatoires ont été promptement et complètement détruits, les suites de cette ophthalmie disparaissent avec rapidité, et sans qu'il soit besoin de recourir à ces derniers agens thérapeutiques; il suffit alors de diminuer la rigueur du régime et d'employer quelques doux médicamens. Les astringens qui conviennent le mieux, dans les circonstances que nous venons de citer, sont une solution de deux à dix grains d'alun dans une once d'eau, ou celles de nitrate d'argent et d'acétate de plomb. Il ne faut pas oublier que les astringens, dans les cas même où ils semblent le mieux indiqués, ont eu souvent pour effet de ramener l'inflammation à son premier degré d'intensité.

On a conseillé les forts astringens comme moyen efficace pour prévenir dès le commencement le développement de l'inflammation. Le docteur Méclin a proposé, pour atteindre ce but, d'employer une solution de quatre grains de nitrate d'argent dans une once d'eau distillée, dont on instille quelques gouttes dans l'œil deux fois par jour. Cette solution excite de la douleur et une sensation d'âpreté, (Roughness), avec une augmentation notable dans la sécrétion des larmes pendant vingt minutes et plus, après quoi l'état des yeux est ordinairement amélioré et dans

peu de jours la guérison est complète. « Depuis que j'emploie ce moyen, dit M. Meclin, j'ai traité près de trois cents ophthalmies aigues, dont quelques-unes d'une nature très-maligne, sans avoir recours ni aux saignées générales ni aux saignées locales, et j'ai eu de fréquentes occasions de m'assurer des bons effets de cette médication (1) ».

M. Bacot dit, dans son traité sur les maladies vénériennes, que cette méthode de traiter les ophthalmies est due au docteur Nidgway, qui se sert d'une solution de deux grains de nitrate d'argent dans une once d'eau distillée, et dans l'ophthalmie commune et dans l'ophthalmie gonorrhoïque. Dans un cas de cette dernière nature, il obtint une guérison prompte par quelques applications de sa solution. M. Lawrence a douté quelque temps que ce dernier cas fût bien une ophthalmie gonorrhoïque; mais depuis il a eu occasion d'employer ce moyen avec le plus grand succès dans un cas d'ophthalmie purulente ordinaire, et dans un cas d'ophthalmie gonorrhoïque modérée.

On a proposé de faire une incision circulaire à travers la conjonctive tuméfiée et même d'exciser complètement le chémosis avec les ciseaux courbes, dans le but principalement de donner issue à la matière gonorrhoïque que l'on supposait épanchée sous cette membrane. Camerer (2) est le premier qui ait fait mention de ce procédé, dont ont ensuite parlé Astruc, Beer, Richter etc. Ce moyen, qui serait loin d'être praticable dans tous les cas, n'a peut-être jamais été employé.

Le mercure a de tout temps été vanté dans le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique. Les anciens praticiens le donnaient comme anti-syphilitique, et les médecins modernes l'administrent comme jouissant de la propriété de

---

(1) *London Medical and Physical Journal.* T. LII, p. 184.

(2) *Dissertatio de ophthalmiâ venereâ.*

diminuer l'action trop grande des vaisseaux enflammés. M. Lawrence, partageant en cela l'opinion de Beer et de M. Delpech, dit que, quelles que soient la promptitude et la hardiesse avec lesquelles on emploie les préparations mercurielles, on arrête rarement les progrès de l'opthalmie gonorrhoïque par ce seul moyen. Cependant, son emploi combiné avec celui des saignées, a paru être couronné de succès, à MM. Macilwain et Hennen. Ce dernier a parfaitement réussi dans trois cas qu'il a traités par les saignées et le mercure donné à doses assez fortes pour affecter le système au bout de 48 heures.

Quelques praticiens, dans la supposition que l'ophthalmie gonorrhoïque dépend immédiatement de la suppression de l'écoulement urétral, ont, comme Beer, regardé le rétablissement de cet écoulement comme la première indication à remplir, et dont la négligence devait rendre infructueux tous les autres moyens. Ces médecins, et entr'autres Richter, ont proposé, pour atteindre ce but, de fomenter les parties génitales avec des liquides chauds et émolliens, de donner des lavemens de même nature, etc., et lorsqu'on ne réussit pas par ces moyens, d'introduire dans le canal de l'urètre une bougie couverte du virus gonorrhoïque, ou lorsque les malades répugnent à ce moyen, de se contenter d'une bougie enduite d'onguent rouge, dont l'effet, quoique plus incertain, n'en est pas moins cependant obtenu assez souvent. M. Lawrence convaincu au contraire que ce moyen a été proposé plutôt d'après des idées théoriques que d'après l'expérience, ne connaissant d'ailleurs aucun fait qui prouve son efficacité, et ceux-là même qui l'ont le plus préconisé ne confirmant par aucune observation tirée de leur pratique les conseils qu'ils donnent, M. Lawrence, disons-nous, rejette l'inoculation du virus. Il remarque d'ailleurs, que dans aucun des cas soumis à son observation, il n'a vu la sup-

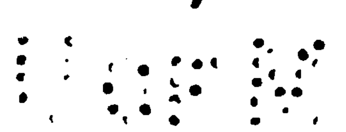
ces divers moyens ont fait tomber l'inflammation, les vésicatoires peuvent être très-utiles. Enfin, dans les cas où il existait des symptômes d'arthritis, on a retiré souvent des avantages marqués de l'administration du colchique.

M. Lawrence termine cette première partie de son travail, en rapportant vingt-quatre observations, parmi lesquelles nous choisissons les suivantes, comme venant confirmer ce que nous avons dit des causes, de la marche, des symptômes, du traitement et des terminaisons de l'ophthalmie gonorrhoïque.

I.re *Obs.* — *Ophthalmie gonorrhoïque aiguë, terminée par l'opacité entière de la cornée et l'adhérence de cette membrane avec la paupière supérieure.* — M. D. W., âgé de 24 ans environ, étudiant en médecine, suivait la clinique de l'infirmerie ophthalmique de Londres, lorsqu'il fut pris d'une ophthalmie purulente portée au plus haut degré d'intensité. Il rapporta qu'il avait, pour la première fois, contracté une légère gonorrhée qui dura une semaine environ sans écoulement abondant et sans être accompagnée de douleur violente en urinant. A cette époque, nettoyant les yeux d'un jeune enfant atteint atteint d'ophthalmie purulente, le liquide, injecté avec force sous la paupière et contre le nez, jaillit dans son œil droit. Trois ou quatre jours après il ressentit dans l'œil une violente douleur avec impossibilité de supporter la lumière. Lorsque M. Lawrence le vit pour la première fois il souffrait beaucoup; il lui rapporta l'accident qui lui était arrivé à l'infirmerie, mais il ne lui parla pas de la gonorrhée : les paupières étaient enflammées et gonflées, et fournissaient en abondance un liquide séreux; la conjonctive qui recouvre la sclérotique était légèrement injectée, et formait un chémosis autour de la cornée. L'auteur, persuadé qu'il avait affaire à une ophthalmie

purulente ordinaire, mit en usage un traitement très-actif, espérant arrêter promptement la maladie. Il prescrivit un fort purgatif, une saignée poussée jusqu'à la syncope, et l'émétique à une dose suffisante pour produire le vomissement. Le lendemain la douleur de l'œil était plus intense, les paupières étaient plus rouges et plus gonflées, et commençaient à laisser couler un fluide purulent. Une nouvelle saignée fut pratiquée. Le jour suivant le gonflement des paupières avait encore augmenté, au point qu'on ne pouvait plus découvrir le globe de l'œil; elles étaient le siége d'une sécrétion abondante et jaunâtre, et la douleur avait été si vive que le malade n'avait pu reposer pendant la nuit. Deux autres saignées furent pratiquées, des ventouses appliquées à la nuque et à la tempe, et de nombreuses sangsues autour de l'orbite. Ces moyens, combinés avec les purgatifs et les antimoniaux, ne diminuèrent en rien la violence de l'inflammation et ne purent en arrêter les progrès. Le malade disait que chaque fois qu'on le saignait, la douleur cessait pendant que le sang coulait, mais qu'aussitôt après elle revenait aussi vive. La paupière supérieure était énormément gonflée, recouvrant en grande partie l'inférieure, et laissant couler sur la joue et la tempe une matière jaunâtre très-abondante. Bientôt on employa les lotions astringentes; le gonflement et l'écoulement diminuèrent lentement, et lorsque les paupières purent être écartées on découvrit sur la partie antérieure de l'œil des altérations organiques qui empêchaient complètement la vision. La cornée était proéminente et tout-à-fait opaque; sa surface était irrégulière et bosselée. La conjonctive de la paupière supérieure adhérait à la cornée par une bride large et épaisse ayant la forme d'un triangle, dont le sommet était fixé à la cornée et la base au bord supérieur du cartilage tarse.

Même après la disparition complète de l'inflammation,



l'organe malade resta très-irritable, et exerça sur son congénère une action sympathique telle, que celui-ci devenait douloureux lorsqu'il était fixé pendant quelque temps sur des petits objets. M. W. voulant sortir de cette position pénible, l'auteur divisa la bride qui tenait réunies la cornée et la paupière, et enleva, comme dans l'opération du staphylôme, toute la partie proéminente de la cornée et de l'iris. L'effet immédiat de cette opération fut le retour de l'inflammation de la conjonctive dans toute sa violence, avec gonflement considérable, sécrétion abondante et douleurs intolérables. Ces accidens cédèrent aux saignées et à l'opium, et après l'affaissement des membranes un œil artificiel put être adapté avec facilité. L'autre œil a depuis parfaitement rempli ses fonctions.

M. Lawrence ne se dissimule point qu'il pourra, pour quelques personnes, rester du doute sur la nature vraiment gonorrhoïque de cette ophthalmie; mais il croit devoir persister dans son opinion, disant que dans la généralité des cas, l'ophthalmie purulente ordinaire se développe dans les premières vingt-quatre heures qui suivent l'inoculation, et que si l'ophthalmie de M. W. eût été de cette nature, elle aurait cédé promptement au traitement actif qui fut mis en usage dans la première période.

IIe *Obs. — Ophthalmie gonorrhoïque aiguë, avec gonflement partiel de la cornée et prolapsus de l'iris; rétablissement complet de la vue.* — R. C., âgé de 21 ans, boxeur, d'une force athlétique, fut admis à l'hôpital Saint-Barthelemi, le 19 septembre 1827. Trois semaines auparavant il avait contracté une gonorrhée, et depuis quatre jours son œil gauche était devenu enflammé et douloureux. Il regarde comme probable qu'il a porté à ses yeux les mains souillées de fluide urétral. Le 20, l'œil gauche est le siège d'une violente inflammation

gonorrhoïque, avec chémosis si considérable que la cornée est presque couverte. Il y a en même temps écoulement abondant d'une matière purulente et gonflement inflammatoire des paupières et des tégumens voisins. (20 sangsues autour de l'œil, pilules purgatives, diète). Le 21, pas d'évacuation, pouls à 96, plein et fort; l'inflammation de l'œil n'a point diminué. (Purgatifs, saignée de 18 onces de l'artère temporale).

Le 22, pas d'évacuation, pouls très-fort, augmentation considérable de l'inflammation. (Saignée jusqu'à syncope, 44 onces de sang, 20 sangsues autour de l'œil, forte dose de calomel et d'extrait de coloquinte).

Le 23 et le 24, 20 sangsues furent appliquées autour de l'œil, et des purgatifs administrés de nouveau. Ce ne fut que le 26 que le sulfate de magnésie, donné par drachme et combiné avec le carbonate, détermina des évacuations alvines. L'inflammation locale ne fut point diminuée, et la douleur n'en fut pas moins très-vive, surtout pendant la nuit. (Saignée de la temporale, de 20 onces.)

Le 27, le chémosis et la douleur semblent avoir diminué. Le pouls est encore fort et plein. (Saignée de 36 onces, vésicatoire derrière l'oreille gauche, pansement avec l'onguent de sabine, continuation des sels de magnésie).

Le 28, pouls encore plein; mais plus facile à déprimer. Le malade se sent beaucoup mieux; l'état de l'œil s'amende de plus en plus sous l'influence des saignées locales et générales. (Saignée de 36 onces, sulfate de magnésie administré de deux heures en deux heures).

Le 29, le chémosis a beaucoup diminué, et laisse apercevoir la cornée qui est brunâtre. La couleur de l'iris et de la pupille peut être distinguée. Sur le bord inférieur de la cornée, qui était recouvert par la conjonctive tuméfiée, on découvre une petite vésicule qui paraît formée

par la membrane hyaloïde faisant hernie à travers une ulcération, résultat sans doute de la chute d'une petite escarrhe. (Vésicatoire à la tempe.)

1.er octobre, l'inflammation est beaucoup moins intense, mais les paupières sont encore rouges et gonflées, et la sécrétion purulente abondante. (Injections fréquentes avec une faible solution de sulfate de zinc.)

Le 2, l'amélioration continue, et la cornée est maintenant redevenue claire; l'iris forme hernie à travers l'ulcération de la cornée.

Le 6, la pupille est largement dilatée par suite des frictions faites sur le front avec l'onguent de belladone. Le malade y voit bien, et n'éprouve plus de douleur; mais l'écoulement puriforme est encore plus abondant et excorie les tégumens qu'il touche.

Le 25, l'écoulement et tous les autres symptômes inflammatoires avaient entièrement disparu, et les yeux avaient recouvré leur apparence naturelle, ainsi que leurs fonctions. Le gonflement de la cornée avait beaucoup diminué. Le malade voulut, à cette époque, quitter l'hôpital.

M. Lawrence eut occasion de revoir le malade en 1829. Alors la petite tumeur formée par la procidence de l'iris avait disparu, et la cornée présentait sa configuration ordinaire. A l'endroit où proéminait auparavant l'iris à travers la cornée, existait un point opaque à-peu-près circulaire, d'environ une ligne de diamètre, auquel adhérait l'iris. La vue était parfaite.

III.e *Obs.* — *Double ophthalmie gonorrhoïque, avec gonflement partiel de la cornée, suivie de staphylome; imperfection de la vision.* — J. Seager, domestique, âgé de vingt un ans, d'une bonne constitution, fut admis à l'hopital Saint-Barthélemi de Londres, le 6 novembre 1828. Un mois auparavant, étant alors en bonne santé,

il contracta une gonorrhée, dont les symptômes ne furent pas très-violens. Il se contenta de prendre pour tout traitement quelques purgatifs. Au bout de trois semaines, c'est-à-dire vers le 1.er novembre, il éprouva de la faiblesse et de la douleur dans l'œil gauche, qui commença à sécréter une matière jaunâtre. Cette nouvelle sécrétion devint plus abondante, et celle de l'urètre diminua en proportion, mais ne disparut jamais tout-à-fait. Deux jours après, l'œil droit fut affecté de la même manière, mais à un plus faible degré. Il ne se rappella pas d'abord avoir porté à ses yeux de la matière gonorrhoïque, cependant en le questionnant secrétement il dit qu'une fois il s'était essuyé les yeux avec un linge sur lequel était déposé du fluide urétral, et cela avant que ses yeux devinssent malades. Le médecin de la famille, auquel on avait caché l'existence de la gonorrhée, prescrivit quelques sangsues autour de l'œil gauche, un vésicatoire à la tempe, des fomentations avec la tête de pavot, et des laxatifs. Comme malgré l'emploi de ces moyens, il n'y eut point de soulagement et que le gonflement des paupières cachait tout le globe oculaire, le malade conçut de vives alarmes, et alla consulter M. Lawrence, le 6 novembre.

Non-seulement il y avait alors gonflement et rougeur des paupières de chaque œil, mais encore de toute la face. Une matière jaunâtre et épaisse sortait en abondance d'entre les paupières et coulait sur les joues. La conjonctive entière des deux yeux était d'un rouge foncé, couverte d'une matière jaunâtre, et présentait une surface raboteuse et comme granulée : la conjonctive oculaire était surtout tuméfiée, et formait au-dessus de la sclérotique un bourrelet irrégulier qui recouvre une grande partie de la cornée. Le gonflement des paupières et de la conjonctive, joint à l'abondance de la sécrétion purulente, empêcha de reconnaître exactement l'état de la cornée ;

toutefois on y parvint et on découvrit sur celle de l'œil gauche, vers l'angle interne, une escharre blanchâtre qui en occupait à-peu-près le quart, le reste étant transparent, autant du moins que permit d'en juger le chémosis. Du côté droit, le gonflement des paupières et le chémosis étaient moins considérables, et la cornée était intacte et la vision parfaite. Depuis deux jours, il existait dans les globes oculaires et dans toute la tête des douleurs vives qui augmentaient par l'action de la lumière, et avaient privé le malade de sommeil. La langue est blanche, le pouls à 108, dur et plein. Une matière jaunâtre, épaisse, se montre à l'orifice de l'urètre, et en est chassée par la compression du canal. (Saignée jusqu'à défaillance *illicò*, le soir vingt-quatre sangsues autour de l'œil; fomentations avec l'acétate de plomb; vésicatoire à la nuque; quinze grains de jalap avec cinq grains de calomel; soustraction à l'action de la lumière; diète); quarante onces de sang furent tirés du bras, et le calomel et le jalap répétés le soir.

Le 7, l'inflammation, le gonflement et la douleur ont diminué; le pouls encore plein donne 88 pulsations. (vingt-quatre sangsues; continuation des purgatifs).

Le 8, 9 et 10, les sangsues furent de nouveau appliquées, et le malade purgé tous les jours.

Le 12, il est resté couché, ayant continuellement sur les yeux des compresses imbibées d'eau blanche, le gonflement et la rougeur du visage sont moins prononcés. Le chémosis de l'œil droit a diminué, et on découvre sur le bord interne de la cornée, une petite ulcération transparente, de forme alongée. La conjonctive est toujours rouge, et la sécrétion purulente toujours jaune et abondante.

Le chémosis de l'œil gauche persiste encore. L'escarre de la cornée s'est détaché, mais sans avoir pénétré dans

la chambre antérieure. Il est à remarquer cependant que lors de l'admission du malade, l'iris semblait être en contact avec la cornée, comme si l'humeur aqueuse s'était écoulée. A la place de l'escarre on aperçoit une légère saillie formée par l'iris qui recouvre la membrane de l'humeur aqueuse; il n'y a presque plus de douleurs.

Le 13, légère diminution de l'inflammation; pouls dur et plein (18 sangsues).

Le 14, évacuations alvines régulières, le sulfate de magnésie ayant été continué; du reste, les symptômes sont les mêmes que la veille (Ventouses à la tempe, dont on obtient vingt onces de sang).

Le 15, pouls encore plein (Saignée du bras de 20 onces).

Le 18, vingt sangsues à l'œil gauche.

Le 24, il y a eu une diminution régulière dans la gravité des symptômes, au point qu'à présent il n'y a presque plus de sécrétion purulente et que la rougeur des yeux est presque nulle. L'ulcération de la cornée du côté droit présente cet aspect grisâtre que nous avons dit être le premier pas vers la cicatrisation. Le staphylome du côté gauche forme une tumeur polie, de la grosseur d'un pois, qui irrite légèrement la paupière.

Le 23 décembre, il n'y a plus ni sécrétion purulente, ni gêne des yeux, qui présentent leur état de vascularité ordinaire. L'ulcère de la cornée droite n'est pas tout-à-fait cicatrisé, mais pour le découvrir, il faut examiner l'œil avec attention. La tumeur de l'œil gauche produite par la chute de l'iris est réduit au tiers de son volume primitif. Sortie.

Au mois d'avril 1829, le staphylome de la cornée n'existait plus; cette membrane présentait seulement une petite opacité, à laquelle adhérait l'iris. Quoique la pupille fût claire et de grandeur naturelle, cependant la vision était imparfaite.

IV.[e] *Obs. — Gonorrhée; gonflement rhumatismal des articulations; inflammation aiguë des yeux, avec ulcération étendue de la cornée.* — Jean Harley, âgé de 38 ans, d'une faible constitution, n'ayant jamais eu de rhumatisme, fut admis à l'hôpital le 27 avril 1826. Il avait contracté une gonorrhée qui, d'après son rapport, ne s'était déclaré que six à sept semaines après le coït. Un mois après, il eut les deux yeux atteints à la fois d'une violente inflammation, avec chaleur brûlante, gonflement des paupières et sécrétion aqueuse : l'écoulement urétral avait diminué, mais non complètement cessé. Une semaine après l'affection des yeux, le poignet et le bras du côté droit, et bientôt après ceux du côté gauche se gonflèrent et devinrent très douloureux, surtout pendant la nuit.

Lors de son entrée, l'écoulement urétral est léger; les deux poignets et les deux bras sont gonflés et douloureux; la tuméfaction est générale et œdémateuse, avec une coloration rougeâtre de la peau; les mouvemens de ces parties sont presque impossibles et augmentent beaucoup les souffrances du malade; les deux yeux et les paupières sont généralement rouges et le siége d'une sécrétion puriforme; les deux cornées, largement ulcérées, sont opaques au point d'empêcher de découvrir l'iris et la pupille; vers le centre de chacune d'elles, on apperçoit une petite vésicule transparente; les yeux sont douloureux et ne peuvent supporter la lumière. Le malade est émacié, faible et distingue seulement le jour des ténèbres. (Ventouses à la tempe, 16 onces de sang, calomel et jalap *illicò;* fomentations tièdes sur les yeux; diète lactée).

Le 28, les yeux sont en meilleur état; mais il n'y a point eu d'évacuations alvines. (Répétition du purgatif; frictions avec l'alcohol camphré sur les membres malades.

Le 30, évacuations alvines au moyen des lavemens; les mains sont moins douloureuses, mais la membrane

synoviale du genou gauche est enflammée. (16 onces de sang tirées au moyen des ventouses appliquées sur le genou; six sangsues à chaque œil).

Le 3 mai, les yeux et les articulations sont beaucoup mieux. (Un drachme de vin de colchique tous les soirs).

Le 5, six sangsues à l'œil gauche et un vésicatoire à la nuque.

Le 8 juin, les symptômes locaux et la santé générale se sont régulièrement améliorés. Le genou est bien. Les poignets, particulièrement le droit, se gonflent quelquefois et se raidissent; la conjonctive a sa couleur naturelle et toute sécrétion puriforme a cessé. La cornée de l'œil droit est légèrement nébuleuse et irrégulière dans le point ulcéré, la pupille ne se dilate point par l'application de la belladone. La cornée du côté gauche est plus irrégulière encore et couverte d'un nuage très-étendu. Le malade distingue les objets et les couleurs et y voit assez pour se conduire. Il ne tarda pas à quitter l'hôpital, la vision considérablement améliorée, quoique encore imparfaite.

(*La suite au prochain Numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Recherches sur une huile concrète existant comme principe constituant du sang dans l'état de santé; *par M. Babington.* — L'auteur observe que M. Hewson avait déjà remarqué que le sérum du sang qui, naturellement et dans la généralité des cas, est transparent et légèrement jaunâtre, se présente souvent avec tous les caractères du petit-lait, et quelquefois même laisse apercevoir à sa surface des stries blanchâtres semblables à de la crême. Cet auteur ne pensait pas que cet état du sérum dependît, comme on l'avait avancé, de ce que le sang qui l'avait fourni, ayant été tiré peu de temps après le repas, contenait du chyle, mais bien de la présence d'un grand nombre de globules blanchâtres; et comme ces globules, examinés

au microscope, lui avaient paru exactement semblables à ceux qui composent le lait, il en avait conclu que comme eux ils devaient être de nature huileuse, et que ce devait être de la graisse ou de l'huile qui, mêlée au sérum, lui donnait l'aspect laiteux qu'il présente quelquefois. Plus tard, en 1821, M. Traill constata l'existence d'une certaine quantité d'huile dans le sang d'un homme atteint d'une inflammation interne. En 1823, le même médecin obtint encore, au moyen de l'évaporation, de l'huile d'un sérum blanc et laiteux; mais quoiqu'il eût, d'une manière plus positive que ne l'avait fait avant lui M. Hewson, prouvé la présence d'une huile dans le sérum du sang, il n'avait pu s'en procurer une assez grande quantité pour en déterminer exactement les différens caractères. Selon lui, à une température élevée, cette huile était transparente, jaunâtre et parfaitement fluide, tandis que, à la température ordinaire, elle était solide, opaque et d'un blanc-grisâtre. Il pensait, en outre, que sa présence dépendait d'un état inflammatoire quelconque, et qu'elle n'existait que dans le sérum laiteux. En 1829, M. Christison constata aussi la présence d'une huile dans le sérum du sang d'individus qui avaient succombé à des hydropisies dépendantes d'altérations des reins; mais, comme MM. Hewson et Traill, il pensait qu'elle ne se rencontrait que dans le sérum laiteux, et que sa présence était subordonnée à un état quelconque de maladie : par conséquent il ne la regardait pas comme formant un principe constituant du sang.

La première fois que M. Babington découvrit de l'huile dans le sérum, ce fut chez un individu de moyen âge atteint de diabètes. Le sérum du sang tiré à cet individu était aussi blanc et aussi opaque que du lait; sa pesanteur spécifique était de 1024, et il contenait trois parties sur cent d'huile. Il soumit ensuite à l'analyse le sang de vingt individus atteints de maladies diverses, et dans tous les cas il constata la présence de l'huile, dont les proportions variaient depuis deux jusqu'à quatre parties sur mille, sans que d'ailleurs l'opacité du sérum eût aucune influence sur ces mêmes proportions.

Ces expériences répétées un grand nombre de fois et toujours avec le même résultat, prouvaient bien d'une manière évidente qu'à l'état de maladie, de l'huile existait dans le sang; mais quoique cette circonstance qu'il l'avait rencontré dans des maladies très-diverses, fût déjà pour M. Babington une raison de croire que cette huile entrait comme principe dans la composition du sang, il lui restait à le prouver par des expériences directes. Pour cela il agit sur le sérum du sang d'un chien et d'une poule, et il en retira encore de l'huile. Quatre heures après un repas il saigna un individu bien portant; le

sang était parfaitement sain en apparence ; le sérum clair et d'une couleur légèrement jaunâtre. Il traita ce sérum par l'éther, comme il sera dit plus bas, et il obtint de l'huile qui y était contenue dans les proportions de 3,12 parties sur 1000.

Ce qui porte M. Babington à considérer l'huile comme étant un principe constituant du sang dans l'état sain, c'est que dans toutes les circonstances où il a agi, soit chez des individus malades, soit chez des individus bien portans, il en a constaté la présence dans le sérum, et que ce dernier, après avoir été privé de l'huile qu'il contenait, devient plus pâle : aussi est-il porté à croire que c'est à sa présence qu'est due la principale, sinon l'unique cause, de la couleur du sérum dans l'état de santé.

Pour obtenir cette huile, il faut mêler au sérum environ un tiers de sa quantité d'éther, dans un flacon bien bouché que l'on renverse plusieurs fois sans l'agiter trop fortement. Cette manœuvre doit être répétée deux ou trois fois à un intervalle d'un jour ou deux ; et après un repos de quelques heures, l'éther se trouve réuni à la partie supérieure du liquide, et présente, par son mélange intime avec l'huile, une coloration jaunâtre plus ou moins marquée, selon la quantité d'huile que contenait le sérum. Au moyen d'une seringue en verre, on enlève de la surface du sérum la solution éthérée, et par l'évaporation on obtient l'huile, mêlée, il est vrai, avec une petite quantité d'albumine dont l'éther s'est chargé, mais que l'on sépare aisément en la coagulant au moyen d'un degré convenable de chaleur. Il est bien plus difficile de séparer l'huile du sérum clair provenant d'un sang sain, que du sérum laiteux qui en renferme une plus grande quantité. Dans le premier cas on ne parvient à l'obtenir en totalité qu'au moyen de l'éther, en procédant comme il vient d'être dit, tandis que dans la seconde circonstance on arrive au même résultat au moyen de l'alcohol et même par la seule évaporation.

L'huile ainsi obtenue a une couleur jaune-foncé, est demi-solide, et se liquéfie à la température de 90° (Fareinheit). Elle est plus légère que l'eau ; sa pesanteur spécifique est de 0,918. Dissoute dans l'éther et soumise à une évaporation très-lente et à une basse température, elle crystallise en touffes rayonnées ; elle brûle avec une lumière brillante, a une odeur faible et particulière analogue à celle d'une *vessie mouillée* (*wet bladder*) ; elle forme des savons avec les alcalis, et par ses caractères généraux ressemble aux autres huiles animales. Sa couleur, son aspect et toutes ses autres propriétés restent les mêmes, quelle que soit l'espèce de sérum d'où on l'ait retiré. (*Medico-Chirurgical Transactions*, 1830. T. XVI, p. 46.)

Pathologie.

Ramollissement du cerveau et tubercules dans le poumon, sans lésion apparente des mouvemens et de la respiration, pendant la vie, chez un aliéné. — *Observ. par M. Guiaud.* — P., âgé de 50 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, était potier de terre à Aubagne, sa ville natale, lorsqu'un grand personnage de l'époque, qui remarqua sa forte voix de basse taille, l'emmena à Paris et le fit placer parmi les choristes du grand Opéra. Son accent provençal était fortement prononcé, il ne sut le corriger; son intelligence bornée l'empêcha de profiter des leçons de chant. On le congédia; il revint dans son pays, tomba dans une mélancolie profonde; sa raison ne tarda pas à s'altérer; il fut transporté, en 1815, à Saint-Lazare, hôpital des aliénés de Marseille. Après quelques accès de manie furieuse, sa mémoire s'affaiblit, ses idées devinrent incohérentes, tous les signes de la démence se manifestèrent de temps à autre; cependant, l'illusion transportait encore P. au grand Opéra, et l'écho de sa voix retentissait dans la cour de l'hospice; du reste, sa santé physique était bonne; l'appétit, le sommeil et tous les mouvemens locomoteurs s'exerçaient avec régularité. Plusieurs années s'écoulèrent dans cet état. En 1829, il fut pris d'une diarrhée qui a duré jusqu'à l'époque de sa mort. Pendant la dernière époque de sa vie, l'appétit s'est constamment soutenu, les mouvemens locomoteurs se sont toujours exécutés librement, jamais le malade n'a donné signe de douleurs de tête; la poitrine résonnait partout; point de toux, point d'expectoration, aucun sentiment d'oppression. Vers les deux derniers mois l'appétit a diminué, la maigreur a fait de rapides progrès, et P. s'est graduellement éteint sans souffrance, sans fièvre, sans agonie, le 10 juin 1831, en conservant constamment la liberté de tous ses membres.

Nécropsie, vingt-quatre heures après la mort. — Tête régulièrement conformée; membranes cérébrales saines dans toute leur étendue; saillie prononcée du lobe cérébral postérieur gauche. A peine la calotte est-elle enlevée, qu'à travers la dure-mère déchirée, un caillot sanguin, du poids de deux onces, s'échappe de l'épaisseur de ce lobe : ce caillot a tous les caractères d'un épanchement récent; il est mou et d'une belle couleur rouge. La déchirure du lobe est agrandie par le scalpel, et on découvre alors dans son épaisseur un ramollissement très-avancé et ayant environ deux pouces d'étendue. Çà et là se trouvent disséminés des fragmens de ce caillot, qui s'étend même dans le ventricule latéral correspondant. La substance cérébrale, dans tout l'espace qu'occupe ce vaste ramollissement, est pultacée et d'une couleur jaunâtre. Toutes les autres parties de la masse encéphalique

sont dans l'état naturel. — La poitrine a les dimensions ordinaires. Le poumon droit est sain ; le gauche est farci de tubercules, surtout vers le tiers supérieur : de ces tubercules, les uns sont à l'état miliaire, les autres ont le volume d'une lentille, et d'autres en plus petit nombre, mais plus volumineux, sont en fonte suppuratoire. Plusieurs portions de ce poumon offrent des points assez étendus complètement hépatisées. La plèvre est saine. —Les organes de l'abdomen n'offrent aucune lésion, à l'exception des gros intestins, qui sont criblés d'ulcérations de la membrane muqueuse. (*La Lancette Franç.* t. V, N.° 45.).

Perte de la faculté du langage, seul symptome d'une affectio n cérébrale, parole recouvrée par l'éducation. — *Obs. par M. Pigeaux.* — N. B., tailleur, âgé de 69 ans, d'une constitution sèche, assez bonne en général, n'ayant jamais eu d'autres maladies que des ulcères atoniques aux deux jambes, était sujet toutefois à des maux de tête fréquens mais peu intenses. Le 14, il regagnait sa maison, lorsqu'à peine arrivé, sans tomber, sans perdre totalement connaissance, il demeura *interdit*, pendant un temps très-court, qu'il ne peut cependant pas préciser. Je pus néanmoins, dit le malade, gagner ma chambre et me coucher. A son retour, sa femme le trouva dans son lit, sur son séant, les yeux fixes, paraissant entendre les questions qu'elle lui adressait, mais ne pouvant y répondre en aucune manière. Il fut amené le surlendemain de son accident à l'hôpital de la Pitié. Il n'avait subi aucune médication. Il présentait l'état suivant : station assise, les bras pendans sur les côtés du corps, regards fixes, figure hébêtée, pupilles contractées d'une manière remarquable ; la bouche n'est déviée d'aucun côté ; on peut s'assurer, en le pincant, que toutes les parties de son corps jouissent de leur sensibilité accoutumée, par les mouvemens qu'elles exécutent sous l'influence de cette stimulation passagère. Au reste, aucune demande ne peut le tirer de l'état de stupeur et d'immobilité où il est. La plus légère émotion ne se voit même pas sur sa figure. (Bains de pied; boissons laxatives). Le lendemain, même état, même prescription. Quelques jours après, on prescrivit un vésicatoire au devant du larynx. Dès la levée de cet épithème, des sons péniblement articulés témoignèrent de sa douleur et de son aptitude à l'exprimer par la parole. Pendant quelques jours, le monosyllabe *oui*, plus ou moins distinctement prononcé, fut sa seule réponse aux diverses interpellations qu'on pût lui faire. D'abord il se méprit sur le sens des paroles qui lui étaient adressées ; satisfait du mot qu'il commençait à dire intelligiblement, il le plaçait au bout de toutes les demandes, qu'elles lui fussent ou non favorables. Bientôt après, sortant insensiblement de cet état de stupeur intellectuelle, il devint plus attentif et plus réservé. Dans l'impossi-

bilité où il était de trouver le mot *non*, il gardait le silence, lorsqu'il était convenable de le dire. Il était facile de s'assurer du motif de son silence, car, en lui proposant la même question de manière à ce qu'il pût répondre par l'affirmative, immédiatement il y satisfaisait. Bien assuré, dit l'auteur, que je n'avais pas à combattre une paralysie de la langue ou du larynx, ou de toute autre partie qui contribue à l'articulation de la parole, je pensai que l'intelligence de cet individu était principalement attaquée, et que probablement la partie du cerveau ou l'ensemble des parties de cet organe qui président à la formation des sons articulés, modifiés dans leur essence, pourraient, par le temps et une éducation nouvelle, revenir à leur état normal. M. Pigeaux décrit la manière dont il s'y prit, et les efforts pénibles du malade, pour le faire arriver graduellement à l'articulation des mots de deux et de trois syllabes, et à la signification et l'enchaînement des mots. Le malade parvint ainsi à pouvoir formuler, quoiqu'avec peine, des idées simples, puis de plus en plus étendues. Mais la propriété des mots, l'absence de toute synonymie sont des choses qu'il ne peut comprendre; ce qui tient sûrement à un vice ou à un défaut d'éducation antérieure. Ce résultat doit faire présumer qu'en persévérant dans les mêmes soins, on obtiendrait un perfectionnement du langage. (*Journal Hebd.* t. IV, N.° 47.).

Inflammation de l'épiglotte; signes particuliers de cette affection; *obs. par M. T. Constant.* — *Obs.* I.re — A... cordonnier, âgé de 28 ans, fut admis, le 2 mars 1831, à l'hôpital de la Pitié, salle St.-Paul, n.° 14. Cet homme, doué d'une assez forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, accusait à son entrée 6 jours de maladie. Il fut pris tout-à-coup, sans cause connue, de douleur à la partie antérieure et supérieure du cou, avec altération de la voix et gêne de la déglutition. Au bout de quelques jours, anorexie, soif que le malade ne peut satisfaire à cause de la gêne de la déglutition. A peine les liquides ont-ils franchi l'isthme du gosier qu'ils provoquent des quintes de toux très-pénibles, et qu'ils sortent souvent par les narines. Frappé de ces symptômes auxquels il n'oppose aucune médication, cet homme se décide à venir réclamer les secours de l'art. Le 3 mars, à la visite du matin, il était dans l'état suivant : l'attitude et le facies ne présentent rien de remarquable, la chaleur de la peau est peu élevée, le pouls bat 76 fois par minute, la soif est vive, l'anorexie complète, il existe un peu de constipation. Le malade dit éprouver la sensation d'un corps étranger dans la gorge; une douleur vive, augmentant par la pression, se fait sentir à la partie antérieure du cou, on n'aperçoit à l'extérieur aucune tuméfaction. La voix est voilée, la toux rauque; la déglutition, extrêmement gênée, est suivie de quintes de toux fatiguantes, il existe,

en outre, une salivation assez abondante. L'examen de l'arrière-bouche ne fait découvrir aucune altération appréciable. Les amygdales, le voile du palais, le pharynx, sont dans un état d'intégrité parfaite. On porta sur la feuille du diagnostic : *laryngite*. (20 sangsues au cou, cataplasme émollient sur les piqûres des sangsues, pédiluve sinapisé, lavement émollient, eau d'orge édulcorée, diète.) Le 4, l'application des sangsues a été suivie d'une amélioration notable, la voix est moins altérée, la déglutition moins gênée, la douleur moins vive, le pouls est descendu à 70, la chaleur de la peau est naturelle, le ventre est souple et indolent, la salivation persiste. (Même prescription, pas de sangsues, 2 bouillons.) Le 5, exaspération subite des symptômes pendant la nuit; le matin, céphalalgie intense, douleur vive à la partie antérieure du cou, sécheresse de la gorge et des narines, sensation d'un corps étranger dans l'arrière-bouche, déglutition extrêmement gênée et provoquant des quintes de toux et la sortie des liquides par les narines, salivation abondante. Frappé de ces symptômes, nous procédons à un nouvel examen de la gorge, après nous être assurés de l'intégrité des amygdales, de la luette et du pharynx, nous avons, en abaissant fortement la langue, exploré l'épiglotte, qui nous a offert des signes manifestes de phlogose. Elle est tuméfiée, rouge, et présente beaucoup de ressemblance avec une cerise. Le pouls est remonté à 96 pulsations, le malade éprouve une soif intolérable qu'il ne peut satisfaire. (Saignée de 12 onces, orge édulcorée, gargarisme adoucissant, diète). On ajoute au diagnostic (inflammation de l'épiglotte). Le 6, amélioration sensible. (12 sangsues au cou, cataplasme émollient.) Le 7, la voix est moins altérée, la céphalalgie a disparu, il n'existe plus de douleur au cou, il y a moins de gêne de la déglutition, le ptyalisme est moins abondant. (2 bouillons.) Le 8, la gêne de la déglutition est très-peu marquée, la voix a presque repris son timbre naturel, la rougeur et la tuméfaction de l'épiglotte sont à peine sensibles. (2 soupes). Le 10, éruption d'un *herpes labialis*. (Un quart de la portion.) Le 11, le malade demande sa sortie, qui lui est accordée.

Obs. II.e — Un ouvrier âgé de 39 ans fut admis dans le même hôpital le 3 mai 1831. Cet homme, fortement constitué, issu de parens sains, ayant les cheveux et la peau bruns, ne présentant aucun des traits de ce qu'on appelle le tempérament lymphatique, accusait quatre mois de maladie. Au début, toux modérée sans expectoration, puis toux fréquente avec douleur sous-sternale et expectoration assez abondante de crachats muqueux, amaigrissement sensible. Depuis six jours, douleur à la partie antérieure du cou, dysphagie, inappétence, soif vive, chaleur fébrile. Le 4 mai, embonpoint médiocre, thorax bien conformé, respiration médiocre-

ment accélérée, raucité de la voix, douleur constante et picotemens légers dans la région du larynx, gène extrême de la déglutition coïncidant avec l'intégrité des amygdales et du pharynx ; l'épiglotte est rouge, tuméfiée, et est trois fois plus volumineuse que dans l'état normal. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine que nous parvenons à connaître l'état de l'épiglotte ; cette exploration provoque des quintes de toux et des nausées, quelquefois même il y a imminence de suffocation, le malade ne s'y soumet qu'avec la plus grande répugnance. La sonorité des parois thoraciques et le bruit d'expansion pulmonaire sont dans l'état physiologique en arrière. Sous les deux clavicules le son est obscur, le bruit respiratoire est faible, mais il n'est accompagné d'aucun râle ; le pouls bat 96 fois par minute, la chaleur de la peau est peu élevée ; les voies digestives sont en assez bon état. Diagnostic, inflammation du larynx et de l'épiglotte, tubercules pulmonaires. (Saignée de douze onces, mauve édulcorée, cataplasme émollient sur le cou, gargarisme adoucissant, diète). Sous l'influence de cette médication, l'état de la gorge resta à-peu-près stationnaire, on eût alors recours aux émissions sanguines locales, deux applications de sangsues furent faites à quelques jours d'intervalle, les topiques émolliens furent continués, la déglutition devint moins gênée. On a donné à ce malade des boissons pectorales, des juleps gommeux, de la bouillie ; mais les symptômes d'inflammation de l'épiglotte ne disparurent jamais entièrement, de temps en temps les boissons revenaient par le nez. Le malade succomba dans les derniers jours de juin, au moment où l'on s'y attendait le moins. A l'ouverture, nous trouvâmes la muqueuse épiglottique pâle, mais l'épiglotte avait le double de son volume ordinaire ; elle était dans un état d'induration manifeste, ce n'est qu'avec peine qu'on parvenait à l'abaisser et à couvrir l'ouverture de la glotte. Du reste, il existait dans le larynx une ulcération des cordes vocales ; les poumons étaient parsemés de tubercules à divers degrés de développement : il n'existait pas de grande caverne.

En résumé, dit l'auteur de ces observations, les symptômes qui annoncent l'inflammation de l'épiglotte sont les suivans : gène extrême de la déglutition, provoquant ordinairement des quintes de toux pénibles, et coïncidant avec un état d'intégrité des amygdales et du pharynx, sortie des liquides par les narines, sensation d'un corps étranger dans la gorge, douleur à la partie supérieure du cartilage thyroïde, enfin tuméfaction et rougeur à l'épiglotte appréciable par les sens. Ce groupe de symptômes n'appartient à aucun des organes placés au-dessus de l'estomac et du poumon, et concourant à la formation du tube aérien et digestif. (*Gazette médicale*, t. II, N.° 34.)

EMPOISONNEMENT PAR LE NITRATE DE MERCURE; *obs. par M. Bigsley.* — Un garçon boucher, dans l'intention de se suicider, fit dissoudre sept parties de mercure dans huit parties d'acide nitrique, y ajouta un peu de vert-de-gris, et à neuf heures et un quart du soir prit une cuillerée à thé de cette dissolution. Quelque temps auparavant il avait bu environ une pinte de bière. Quelque temps après il se plaignit d'être très-mal à son aise et fut pris de vomissemens. Les douleurs qu'il éprouvait devinrent si violentes, qu'il se roulait par terre, demandant à grands cris un couteau pour mettre fin à ses souffrances. Un médecin qui fut appelé sur ces entrefaites, trouva le malade se plaignant de beaucoup de douleur dans la bouche et dans le pharynx, et tourmenté de hoquets violens et continuels. La face pâle exprimait l'anxiété, les extrémités étaient froides, le pouls petit et quelquefois même indistinct, et le ventre relâché. On vida aussitôt l'estomac à l'aide de la pompe stomacale, et on administra de la craie préparée. Lorsque le docteur Bigsley vit le malade pour la première fois, une heure environ après l'ingestion du poison, il était beaucoup plus calme, la face pâle, bouffie, les yeux hagards, les lèvres livides; le pouls donnait 120 pulsations par minute; il était petit, mais régulier. Le malade accusait une sensation de brûlure depuis la bouche et le long de l'œsophage jusqu'à l'estomac et l'abdomen. Toutes ces parties étaient douloureuses au toucher, et la région épigastrique offrait une tension bien marquée. Les vomissemens et les évacuations alvines continuaient et ne cessèrent qu'avec la vie; enfin la mort survint vers minuit, environ trois heures après l'accident, sans aucun nouveau symptôme et sans qu'il y eût le moindre trouble dans les fonctions intellectuelles.

Le cadavre fut examiné douze heures après la mort. La face était bouffie et bleuâtre, les lèvres livides et couvertes d'écume; la chaleur du corps n'avait pas encore tout-à-fait disparu. Tout le canal alimentaire contenait de la craie en poudre. La partie postérieure de la langue était dure et rude, et présentait une petite vésication; il y en avait une autre sur l'épiglotte; le larynx et la trachée étaient rouges et injectés; le pharynx était d'une couleur rose foncée, et offrait çà et là de petites taches d'un rouge pourpre et quelques croûtes dures, rudes, brunâtres et irrégulières, de la grandeur d'une fève. Ces taches brunes étaient évidemment des escarrhes imparfaites. Dans la partie inférieure ses lignes d'irritation devenaient moins fréquentes; près de trois pouces de la partie moyenne de l'œsophage étaient sains; mais au-dessous les mêmes lésions reparaissaient. L'estomac, à l'intérieur, ne présentait aucune trace de lésion; ses parois étaient épaissies; surtout du côté du pylore. Il était presque vide et ne contenait que quelques onces d'eau teinte de bile, et

un peu de matière grumeuse d'une couleur brune. Toute la membrane muqueuse offrait une teinte rose foncée, et du côté de l'extrémité cardiaque on voyait quelques taches de plusieurs pouces de diamètre, d'une couleur livide ou brune, et ayant tout-à-fait l'aspect d'escarrhes. Quelques-unes de ces taches étaient dans le même état que celles du pharynx; d'autres étaient ramollies et réduites en une sorte de pulpe brunâtre qui, lorsqu'on l'enlevait, laissait voir au-dessous d'elle la membrane lisse et d'un rouge vif. Ces escarrhes étaient principalement situées au sommet des rides de la membrane muqueuse. Il n'y avait pas d'abrasion de la membrane, excepté dans les points où l'on enlevait les escarrhes. Les mêmes altérations se retrouvaient dans le duodénum, seulement à un moindre degré. Le reste des intestins offrait à l'extérieur une teinte rouge-terne qui provenait de la rougeur de leur membrane interne. La rougeur foncée et la lividité reparaissaient au commencement du cœcum, et de ce point diminuaient d'intensité en descendant vers le rectum, qui était tout-à-fait sain. Les autres organes abdominaux, ainsi qui les viscères thoraciques, n'offraient absolument aucune lésion. La tête n'a pas été ouverte.

On sait que le nitrate de mercure, de même que tous les sels solubles de ce métal, est un poison corrosif très-violent. l'observation que nous venons de rapporter, qui est, à notre connaissance du moins, le seul exemple d'empoisonnement par cette substance, ne laisse aucune doute sur sa manière d'agir. Les effets terribles d'une aussi faible dose (une cuillerée à thé), sont aussi très-remarquables; on a vu d'aussi grands ravages produits par une aussi petite quantité de sublimé corrosif. (*The Med. Gazette*, décembre 1831; et *The Edinburg med. and surgical Journal*, avril 1831.)

Cancer du pancréas, déterminant des douleurs dorsales violentes; *Obs.* — Une femme âgée de 54 ans, d'une constitution originairement forte, accusait trois mois de maladie, lorsqu'elle fut admise à l'hôpital de la Pitié, service de M. Andral, le 17 mai dernier. Elle éprouvait des douleurs intolérables dans la région dorsale, qui irradiaient dans la partie latérale gauche du thorax, duraient tantôt pendant des heures, tantôt pendant des journées entières, parcouraient toute la région abdominale, et venaient s'éteindre dans la région de la rate. La malade comparait ces douleurs, tantôt à des coups de marteau, tantôt à des coups de poignard qu'elle recevrait dans le dos. Les douleurs se renouvellaient plus souvent la nuit que le jour. Facies pâle, exprimant la souffrance; pouls fréquent par intervalle, chaleur fébrile, langue couverte d'un enduit jaunâtre, dégoût extrême pour les alimens. La percussion et l'auscultation ne font rien découvrir sur l'état des organes abdominaux et thoraciques.

Quelques jours après, un examen plus attentif fait reconnaître une saillie remarquable des dernières fausses côtes gauches, ce qui porte à soupçonner l'existence d'une tumeur dans la région hypocondriaque; mais le palper et la percussion de cette région ne fournissent aucun renseignement. Quelques émissions sanguines locales, des cataplasmes fortement narcotiques, l'acétate de morphine à l'intérieur, tels furent les moyens mis en usage pour calmer les souffrances et les insomnies qui tourmentaient la malade. Dans les premiers jours de juin, la diarrhée survint, la langue se sécha et se couvrit d'un enduit crémeux; le ventre se météorisa, le pouls acquit de la fréquence; la sensibilité devint alors obtuse; la malade n'accusait plus de vives souffrances, mais elle succomba après avoir présenté tous les symptômes de la fièvre adynamique des vieillards.

Nécropsie. — La rate, dont on avait soupçonné l'altération pendant la vie, n'offrit rien d'anormal. Le foie était sain; il existait entre cet organe et le diaphragme une tumeur cancéreuse du volume d'un œuf. En écartant la masse intestinale, on ne tarda pas à apercevoir à la place du pancréas une énorme tumeur formée de matière encéphaloïde, squirrheuse et tuberculeuse. C'est le pancréas lui-même qui avait subi cette tranformation; à peine en distinguait-on quelques fibres au milieu de cette masse qui comprimait l'aorte abdominale, et les plexus nerveux qui s'épanouissent sur ce vaisseau; ce qui rend compte des vives douleurs que la malade éprouvait. — La membrane muqueuse de l'estomac est saine; les poumons sont crépitans et perméables à l'air. Au moment où l'on ouvre le péricarde, il s'échappe un assez grande quantité de sang que l'on a pu évaluer à un demi-litre, ayant la couleur et la consistance du sang récemment tiré d'une veine. Le cœur et les gros vaisseaux ne présentent pas d'altération appréciable. (*Lancette franç.* T. V, N.° 16.)

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE SANS VOMISSEMENS, SANS CONSTIPATION, PRISE POUR UN PHLEGMON, FISTULE STERCORALE. — Un ancien canonnier avait, il y a quinze ans, en faisant un effort pour soulever un caisson, senti un craquement et vu se manifester une tumeur dans l'aîne; quelques envies de vomir et des douleurs abdominales furent la suite de cet effort auquel le malade ne fit cependant pas grande attention. La tumeur augmentait et diminuait de temps en temps, mais n'avait jamais été assez grosse pour l'obliger à porter un bandage. En prenant part aux journées de juillet, cet homme fit des efforts violens et sentit sa grosseur augmenter, elle devint douloureuse au point de l'empêcher de marcher, et on l'engagea à se transporter à l'Hôtel-Dieu. Comme cette tumeur était dure, douloureuse, un peu rouge et que les nausées qui avaient paru d'abord n'existaient plus, que les selles étaient faciles, et le ventre non douloureux,

on s'en tint à l'application de sangsues et de cataplasmes sur la partie gonflée. Se trouvant mieux au bout de huit jours, et croyant sa tumeur revenue au point où elle était avant son dernier accident, cet homme sortit de l'hôpital et voulut reprendre ses occupations ordinaires. Bientôt après il se fit admettre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Velpeau. Il offrait à l'aîne gauche une tumeur mal circonscrite, dont le point culminant correspondait à l'anneau inguinal et dont la base s'étendait à la fois du côté du scrotum, de l'aîne et de l'hypogastre. Elle était dure, rénitente, un peu rouge et modérément douloureuse. Point de vomissemens, point de constipation, ni de douleur de ventre. Était-ce une hernie, une tumeur lymphatique, ou un simple engorgement chronique des tissus contenus dans le canal inguinal ? Plusieurs applications de sangsues et des cataplasmes émolliens, des frictions avec les pommades iodurées, puis avec l'onguent mercuriel, assez long-temps continuées, n'en amenèrent point la résolution. Elle finit au contraire par se ramollir et devenir fluctuante sur son côté externe ; un coup de bistouri en fit sortir une matière purulente grisâtre, très-fluide, et il s'en échappa aussitôt du gaz et une odeur positivement stercorale. Cependant l'intestin n'avait pu être lésé par l'instrument, et il devenait évident que le tube digestif devait offrir une perforation dans les environs. Le chirurgien crut dès ce moment ou qu'une anse intestinale adhérente depuis long-temps derrière l'anneau, y était devenue le siége d'une ulcération, puis d'une perforation complète, ou bien qu'en s'engageant dans ce même anneau, elle y avait été pincée, puis étranglée et gangrénée ; mais alors comment expliquer cet accident sans les vomissemens, sans la constipation ? Il put croire aussi que les matières ayant une issue libre, l'engorgement des tissus voisins ne tarderait pas à disparaître ; il n'en a rien été ; la première plaie s'est rétrécie ; un autre point fluctuant s'est montré en haut de la tumeur ; il a fallu l'ouvrir ; un troisième est apparu en bas, d'autres se sont aussi montrés sur différens points et ont donné lieu à autant de fistules par lesquelles toutefois il ne sortait que du pus tantôt séreux, tantôt assez bien lié, sans qu'il fût possible d'y reconnaître la présence de matières intestinales. Ce n'est que vers la fin de mai qu'un liquide jaunâtre, tout-à-fait analogue à de la bile, des mucosités et autres liquides venant évidemment de l'intestin, se sont échappés en assez grande quantité par l'une de ces fistules. Le malade du reste souffrait à peine ; il est sorti à deux reprises différentes de l'hôpital, pour affaires, et y est rentré sans que son mal se fût positivement agravé ; toutefois l'écoulement de mucosités, de matières jaunâtres et de liquides stercoraux s'est reproduit assez souvent pour faire augmenter

l'engorgement des tissus et produire à trois reprises différentes un érysipèle qui aurait pu devenir dangereux. M. Velpeau s'est longtemps demandé ce que l'art pouvait tenter contre un pareil mal; puisque les selles ont toujours été possibles, faciles même, il ne peut pas y avoir eu destruction complète de l'anse intestinale qui a dû faire hernie : si cette destruction n'a pas été effectuée, comment se fait-il que l'anus contre-nature persiste et ne soit pas fermé? Ensuite si on veut tenter une opération, où aller chercher l'ouverture du canal alimentaire à travers une pareille épaisseur de tissus, ou enfin quelles sont les parties qui constituent la tumeur si dure, si adhérente qu'on remarque au devant de l'anneau?

L'homme étant très-courageux et d'ailleurs parfaitement constitué, et encore jeune (45 à 50 ans), demandant avec instance qu'on le soumette à toutes les opérations que l'on croira convenables, M. Velpeau s'est décidé à tenter la méthode suivante :

Par une incision en demi-lune il a circonscrit par en haut toute la tumeur; en disséquant ensuite cette masse de haut en bas et de dedans en dehors, il est arrivé sur l'aponévrose du grand oblique, et guidé par l'altération des tissus a pu tomber sur le canal inguinal et le cordon testiculaire; continuant sa dissection, il a séparé de ce dernier toutes les parties altérées, est allé en enlevant toute la paroi externe et antérieure du canal inguinal jusqu'auprès du fascia transversalis où il a trouvé l'origine des fistules stercorales. Dès lors il n'a plus eu besoin, pour terminer l'excision de la tumeur, que de faire par en bas une incision en demi-lune semblable à celle qu'il avait pratiquée d'abord. Coupant ensuite avec un bistouri droit, lamelle par lamelle, les parties qui environnaient l'ouverture fistuleuse en dehors et l'empêchaient de pénétrer avec le doigt jusque dans l'intestin, il est arrivé jusqu'auprès de la fosse iliaque sans léser le péritoine. Une portion de graisse que les assistans auraient pu prendre pour un lambeau de l'épiploon, s'est alors montrée à l'extérieur, mais l'opérateur a fait remarquer que ces pelotons adipeux se rencontraient souvent à la face externe du péritoine, et qu'il espérait bien que cette membrane n'avait point été lésée. Une sonde de femme conduite par cette ouverture a tout aussitôt donné issue à des matières intestinales bien reconnaissables, et le doigt porté par la même voie a donné l'assurance que l'intestin était assez large par en haut et un peu plus étroit du côté du bassin, enfin que ces deux portions du canal alimentaire étaient séparées par un éperon médiocrement saillant. Le but du chirurgien étant rempli jusque là, le malade a été pansé à plat, reconduit dans son lit, et soumis au régime des grandes opérations chirurgicales.

Quelques coliques et des envies de vomir ont obligé d'enlever dans

la soirée la mèche de charpie introduite dans la plaie pour en empêcher le rétrécissement, et une abondante quantité de matières s'est échappée par l'anus dans le courant de la nuit. Depuis cette époque nul accident n'est survenu, la plaie des tégumens, qui avait la largeur de la main, s'est graduellement rétrécie, et elle est aujourd'hui presque entièrement fermée. A partir du dixième jour, les matières ont commencé à passer par le rectum, des selles abondantes ont pu avoir lieu; maintenant elles se font avec une grande liberté, le moindre lavement suffit pour les solliciter, il s'en échappe à peine par la fistule, qui ne fournit plus qu'une espèce de suintement, qui est réduite à quelques lignes de diamètre, et qui paraît devoir se fermer spontanément. Cependant en annonçant ce résultat comme possible, M. Velpeau n'avait pas l'air de l'espérer beaucoup et se proposait de traiter l'anus contre nature, réduit ainsi à son état de simplicité ordinaire, par la méthode de M. Dupuytren, si l'introduction d'une canule de gomme élastique dans les deux bouts de l'intestin et fixée par un fil passé à travers sa partie moyenne, comme l'a proposé M. Colombe, ne suffisait pas. (*Lanc. franç.*, T. V, n° 38).

Thérapeutique.

STAPHYLORAPHIE; *obs. communiquée par M. Morisseau, médecin à Sablé.* — Rose, jeune fille de 20 ans, blanchisseuse à Sablé, est affectée d'une division congénitale du voile du palais, d'un pouce de hauteur sur autant de largeur. La déglutition des liquides principalement, et la prononciation sont extrêmement gênées. Les boissons reviennent le plus souvent par le nez : la parole est pour la plupart des mots inintelligible.

Cette jeune fille, par mon conseil, s'est habituée depuis plusieurs semaines, à ne point avaler sa salive (les mouvemens de déglutition pouvant détruire l'adhérence de la nouvelle cicatrice, je crus utile de prendre cette précaution).

Le 8 mai 1829, je me dispose à lui pratiquer la staphyloraphie. La main droite tenant le porte-aiguille armé d'une des aiguilles, j'enfonce l'aiguille d'arrière en avant dans la portion inférieure du lambeau droit du voile du palais, laissant deux lignes environ entre la piqûre et les bords inférieur et latéral de la division, puis, saisissant avec ma pince, tenue de la main gauche, l'extrémité acérée de l'aiguille, et dégageant son autre extrémité du porte-aiguille, je fais parcourir au fil jusqu'à moitié de sa longueur le trajet tracé par l'aiguille dans l'épaisseur du voile du palais. Une des extrémités d'un second fil est également introduite à 4 lignes, ou environ,

de la première piqûre dans le même lambeau. Puis le troisième fil est passé à pareille distance du second, en procédant de haut en bas, de manière à ne laisser que l'intervalle d'une ligne à une ligne et demie entre la dernière piqûre et l'angle inférieur du lambeau. Changeant de main, j'introduisis également les trois autres extrémités des fils dans la portion gauche du voile, ayant soin de conserver la même distance que dans le lambeau droit. Je coupe chaque extrémité des fils près des aiguilles. Je saisis de la main droite, avec une pince, l'extrémité droite du voile par la partie inférieure, puis avec le bistouri, porté par ma main gauche, j'enlève une demi-ligne du bord du lambeau droit dans toute sa hauteur, en prolongeant ma section un peu au-dessus de la réunion des parties, et procédant de bas en haut. Même résection est pratiquée au lambeau gauche, qui porte une luette rudimentaire. Abandonnant les instrumens et saisissant alors les extrémités du fil inférieur, je réunis par un nœud simple, médiocrement serré, la partie inférieure des deux lambeaux, ayant eu soin de faire maintenir le premier nœud par un aide avec la pince à anneaux, tandis que je formais le second. Les deux autres fils sont noués de la même manière. Tous les fils sont réunis ensemble et fixés au bonnet de la malade.

L'opération est terminée, les bords saignans sont en contact direct et immédiat.

L'introduction des aiguilles, la réunion des lambeaux, ont donné lieu à des efforts de vomissemens fréquens et répétés. Une cuillerée de sang a coulé. La force qu'il a fallu employer pour opérer le rapprochemennt des parties m'a fait craindre la déchirure. Le tiraillement est considérable et gêne beaucoup la malade. Elle en accuse la sensation jusqu'à l'ouverture antérieure des fosses nasales. Deux ou trois mots que la malade n'avait pu jusqu'ici prononcer, sont articulés de suite facilement et avec la plus grande netteté.

Je mets l'opérée au lit, à la diète et au silence absolu avec recommandation de ne point avaler sa salive. Je la tiens quatre jours dans ces privations. Des lavemens nombreux de bouillon et de lait lui sont administrés pour nourriture.

28 mai, au soir, et le 29 tout le jour, réaction. Le 29, les bords de la plaie sont gonflés ; tout le voile du palais est très-enflammé. La malade y accuse une vive douleur. Le 30, la réaction est moins vive. Le 31, la rougeur du voile du palais a diminué, les bords sont moins gonflés. Le soir de ce jour, malgré les lavemens nutritifs, la malade se sent défaillir et est dans l'impossibilité de supporter plus long-temps la diète. Quelques cuillerées de bouillon sont avalés. Rien n'est dérangé. Je retire les deux fils supérieurs après les avoir coupés au-dessous du nœud. La réunion est parfaite. La présence du troisième

fil ayant occasionné des nausées, je le retire quelques heures après. Tout est réuni. Le trajet des fils dans le voile a été beaucoup aggrandi par le tiraillement. Je tiens encore la malade au bouillon et au silence le 1er juin. Le 2, je lui permets de prendre des bouillies et de prononcer quelques mots à voix basse. Le 3, je laisse la malade céder au désir qu'elle avait de parler haut et d'articuler les mots les plus difficiles. Tout répond à mes souhaits : la voix est nasillarde, mais l'articulation est claire et facile. La malade, pour la première fois, peut *siffler* et éteindre une chandelle en soufflant avec sa bouche.

Le dixième jour après l'opération, l'opérée est totalement guérie. Elle se plaint seulement de tiraillement au voile du palais et dans la narine droite. L'aile du nez de ce côté est un peu gonflée et douloureuse. Le nez est toujours sec.

Cette jeune fille, que je revois souvent, a encore la voix tant soit peu nasillarde, comme dans l'enchiffrènement. La clarté de sa voix n'est venue que par degrés, à mesure que le voile, se relâchant, a pu exécuter ses mouvemens naturels, et je pense qu'elle perdra même la légère résonnance nasale qu'elle a encore aujourd'hui ; mais le timbre restât-il dans cet état, ce serait toujours un avantage immense obtenu par la staphyloraphie, et qui doit engager à la pratiquer toutes les fois *qu'elle est possible*. Reconnaissance me semble justement due à MM. Roux et Graëfe pour cette belle découverte.

Emploi de la calamine pour prévenir les cicatrices dans la petite vérole confluente; *par M. George*. — Un jeune homme de 22 ans, parvenu au dixième jour d'une variole confluente, était épuisé par des ulcérations de six à sept pouces d'étendue, sur les hanches, les fesses et le coccyx, provenant de ce que les draps du lit adhéraient à la surface suppurante des pustules. M. George eut l'idée de couvrir et de tenir constamment couvertes toutes les surfaces dénudées d'une couche épaisse de calamine préparée et pulvérisée. Au bout de quatre jours, l'épiderme était reformé dans tous les points, et le malade guérit très-promptement. En examinant plus tard les parties qui avaient été le siége d'ulcérations si vastes, on ne put découvrir aucune trace de cicatrice, et on remarqua avec surprise qu'aucune des nombreuses pustules environnant les plaies n'avaient altéré la peau et laissé après elles les traces difformes qui signalent les ravages de la maladie. Dans un mémoire publié sur ce sujet, dans la Gazette médicale de Londres, M. George rapporte plusieurs autres faits qui viennent à l'appui de son opinion sur l'efficacité de la calamine dans les cas de cette nature. (*The London med. and phys. Journal*. Juin 1831.).

Hémorrhagie utérine intermittente pendant la grossesse; gué-

RIE PAR LE QUINQUINA. — M.me G..., âgée de 35 ans, ayant déjà eu quatre enfans, devint enceinte pour la cinquième fois, après un intervalle de huit ans. Arrivée au sixième mois de sa grossesse, elle eut de temps en temps de légères pertes, qui se renouvellèrent six fois jusqu'au neuvième mois, où elles devinrent plus fortes et plus inquiétantes. Les premières fois on parvenait à les apaiser par des saignées du bras, par l'usage de la poudre tempérante et l'oxycrat; mais à la fin, ces moyens étant insuffisans, M. le professeur Lobstein fut appelé au secours de cette dame.

Le 14 janvier, elle se plaignait de maux de reins, et était tourmentée par une toux catarrhale. Rien n'annonçait chez elle le commencement du travail. En la touchant, on ne put atteindre l'orifice de la matrice, qui paraissait caché par des caillots de sang. On ne distingua rien aussi de l'enfant à travers les parois de la matrice. L'hémorrhagie ayant à-peu-près cessé, la malade étant forte et sanguine, son pouls fort et élevé, M. Lobstein se contenta de lui recommander le repos, et lui prescrivit une potion rafraichissante et propre à calmer la toux et les maux de reins.

L'hémorrhagie fut arrêtée pendant toute la journée du 14, et reparut un peu vers deux heures du matin. Elle cessa pendant la journée du 15, et la malade sortit même de son lit. Elle recommença dans la nuit du 15 au 16, à une heure du matin, plus forte et plus inquiétante que jamais, et ne put être arrêtée qu'au moyen d'applications froides sur le bas-ventre. La journée du 16 fut bonne; mais dans la nuit du 16 au 17, à minuit, la perte reparut, quoique avec moins de force que la nuit précédente.

Outre cette périodicité, il y avait encore ceci de particulier, que chaque accès était précédé d'une douleur dans la région iliaque droite, sur laquelle la malade ne pouvait plus se coucher, et que cette douleur cessait dès que le sang commençait à paraître; une seconde particularité, c'est que la toux disparaissait comme par enchantement aussitôt que l'hémorrhagie se déclarait.

La journée du 17 et la nuit du 17 au 18 se passèrent sans accidens. Il en fut de même du jour et de la nuit suivants; mais dans celle du 19 au 20, l'hémorrhagie se renouvela à onze heures du soir, et devint même assez inquiétante. Cependant, elle s'arrêta par les applications froides et l'eau vinaigrée. Il faut remarquer que, pendant ces derniers jours, la toux s'était beaucoup appaisée par l'usage du looch blanc de Paris.

Dans la nuit du 20 au 21, l'hémorrhagie fut moins considérables; mais dans la nuit suivante, elle devint plus forte. Cette dame crut remarquer elle-même que ses pertes étaient assujetties à un type quotidien; on lui prescrivit le 22, une décoction de quinquina, qui

fut continuée pendant plusieurs jours. Le 23, le 24 et le 25, la perte diminua de plus en plus, et ne suivit plus de périodicité; mais il se déclara une douleur dans les reins et dans la région hypogastrique, qui parut être l'avant-coureur du travail d'enfant. Le 26, aucun accident. Le 27, les douleurs commencèrent : le matin, l'orifice de la matrice s'ouvrit, la poche des eaux se tendit, et l'on s'apperçut que le placenta n'était pas greffé sur l'orifice de l'utérus, comme on se l'était imaginé. L'accouchement fut assez prompt; l'enfant mâle, vivant et bien constitué. (J. Brossard. *Dissertation sur l'hémorrhagie utérine*. Strasbourg, 1830, in-4.° p. 26.)

Pharmacologie.

De l'élatérine ou principe actif de l'élatérium; *par J. D. Morries.* — L'élatérium, purgatif drastique, ordinairement des plus énergiques, est peu employé, principalement en France, à cause du peu de certitude de ses effets; ce qui tient en grande partie aux différences de qualité de cette substance et à la quantité variable de matières inertes qu'elle peut contenir. M. Morries a donc rendu un service à la science en isolant le principe actif de ce médicament énergique. Déjà en 1822, M. Paris, l'auteur de la pharmacologie, s'était occupé de cet objet, et avait isolé un principe particulier qu'il nomma *Elatine*. Cette substance, selon lui, est verte, molle, inflammable, point du tout amère, insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcohol et dans les alcalis. L'action très-violente de cette substance sur l'économie, tendait encore à faire croire qu'elle était réellement le principe actif de l'élatérium; mais les recherches auxquelles M. Morries s'est livré nous semblent démontrer évidemment que cette substance n'était guère qu'une matière colorante particulière.

En faisant digérer pendant vingt-quatre heures, dit l'auteur, cinquante grains d'élatérium choisi dans de l'eau distillée à une température d'environ 95° centigrades, onze grains ont été dissous. L'infusion était d'une couleur brune claire, d'une saveur amère et âpre, et paraissait contenir un peu de gomme mais pas de fécule. Abandonnée à elle-même pendant quelque temps, elle a laissé déposer quelques cristaux de sulfate de chaux. Le résidu de cette première opération, pesant trente-huit grains, fut traité par l'alcohol à 0,825 et perdit dix grains. La teinture alcoolique était d'une couleur verte foncée et d'une saveur amère et un peu âcre. Evaporée à consistance oléagineuse, elle fournit par le refroidissement des groupes nombreux de petits cristaux aiguillés, que l'on sépara avec soin, qu'on lava avec de l'éther sulfurique et qu'on fit sécher. On fit ensuite bouillir le reste de l'extrait dans de l'eau de potasse pour le débarrasser de la matière colorante qui est soluble dans les alcalis, et au

bout de quelques minutes il se déposa une petite quantité d'une matière blanche et cristalline. On filtra la liqueur et on lava les cristaux recueillis sur le filtre, avec de l'éther sulfurique, pour achever de les débarrasser de la matière colorante.

« Le principe immédiat ainsi obtenu, continue l'auteur, est une substance blanche cristalline, d'une saveur extrêmement amère et un peu styptique, insoluble dans l'eau et dans les alcalis, et se dissolvant très-bien dans l'alcohol, l'éther, l'huile d'olives bouillante, mais très-peu dans les acides. A l'état de pureté, les cristaux, examinés à la loupe, présentent des prismes rhomboïdaux, striés sur leurs faces, très-brillants, et vus en masse, ayant un aspect soyeux. Cette substance est décomposée par les acides concentrés, et forme avec l'acide nitrique une masse jaunâtre d'apparence gommeuse, et avec l'acide sulfurique une solution d'une couleur foncée rouge de sang; elle est fusible à une température un peu supérieure à celle de l'eau bouillante, et chauffée plus fortement elle se volatilise en donnant une vapeur blanchâtre, épaisse et d'une odeur presque ammoniacale. »

M. Morries nomme cette substance *Elaterine* et ne la considère pas comme un alcaloïde, mais comme un principe immédiat particulier. Pour savoir si l'élatérine était réellement le principe actif de l'élatérium, il a fait quelques expériences sur des lapins et sur l'homme lui-même.

« J'ai donné, dit-il, à un lapin un dixième de grain d'élatérine sous la forme pilulaire. Au bout de douze heures aucun accident ne s'était manifesté; seulement le ventre de l'animal paraissait un peu douloureux au toucher. Vingt-quatre heures après, la même dose fut administrée en dissolution à l'animal, et au bout de six heures il donnait des signes d'une vive douleur, la respiration était laborieuse, enfin il offrait tous les symptômes d'une violente inflammation générale. A onze heures du soir, c'est-à-dire treize heures après la seconde dose et trente-sept après la première, l'animal mourut, sans avoir eu d'évacuations ni alvines, ni urinaires. En examinant le cadavre, quelques heures après la mort, je trouvai l'estomac presque vide, très-dilaté et très-fortement injecté surtout du côté du pylore. Cette ouverture était resserrée et toute la membrane muqueuse plus molle et plus rouge que dans l'état ordinaire. Les poumons offraient aussi des traces d'une vive inflammation et dans quelques points ils étaient transparens et comme pulpeux. Les autres organes étaient sains.

« Un autre lapin auquel je fis prendre la même quantité d'élatérine n'eut pas d'évacuations alvines pendant trois jours. Une seconde dose d'un cinquième de grain fit périr l'animal. Au bout du second jour, vers la fin de sa vie, il rendit une quantité considérable d'une

urine laiteuse et quelques matières féculentes. L'autopsie fit voir les mêmes altérations d'organes que dans le cas précédent; seulement les poumons semblaient moins enflammés.

« Les effets de l'élatérine sur l'homme sont les mêmes que ceux de la substance qui la fournit; c'est-à-dire qu'elle occasionne une augmentation de la sécrétion urinaire, des nausées, des vomissemens et des selles liquides. Un vingtième de grain donné à un homme en santé détermina, au bout de deux heures, des vomissemens et de copieuses déjections. Le docteur Christison l'a administrée à l'infirmerie royale d'Edinbourg, à quatre malades, à la dose d'un dixième de grain. Chez deux de ces individus, elle produisit des vomissemens et des selles liquides; chez un troisième des coliques très-violentes, et le quatrième n'en éprouva aucun effet. Je pense que ces différences d'action tiennent à ce qu'on a administré l'élatérine sous formes de pilules; car d'après de nouvelles expériences faites par M. Duncan dans les salles de clinique du même hôpital, avec cette substance en solution dans un véhicule légèrement acidulé, un douzième et même un seizième de grain ont constamment produit les effets ordinaire de l'élatérium. Voici la manière dont cette solution était composée : R. Elatérine gr. j; alcool, ℥ j; acide nitrique, gut. iv; faites dissoudre; dose de trente-six à quarante gouttes dans une demi-once d'eau de cannelle.

« Enfin, je l'ai administrée dans un cas d'anasarque avec le plus grand succès, et elle a toujours déterminé des évacuations très-abondantes. (*The Edinburgh med. and. surgical Journ.* Avril 1831.)

Singulier effet de l'usage extérieur du sublimé corrosif. — M.*** tourmenté par des morpions, fit usage pour s'en débarrasser d'une pommade faite avec du calomel et du cérat ordinaire. Ce moyen lui réussit parfaitement bien; mais au bout de quelque temps ses hôtes incommodes reparurent plus nombreux qu'auparavant. Force lui fut de recourir de nouveau au moyen qui lui avait déjà réussi; mais au lieu de calomel, on lui remit par erreur du sublimé corrosif. Il mêla cinq grains de ce sel réduit en poudre très-fine, avec un peu de beurre salé, et fit avec ce mélange des frictions sur toute la partie inférieure de l'abdomen, sur la verge, le gland excepté, sur le scrotum et sur le périné. Au bout de deux heures environ il ressentit dans toutes ces parties de violentes douleurs; la peau s'enflamma très-fortement, et il se forma dans plusieurs points de petites vésicules remplies de sérosité; des applications d'eau froide et de farine appaisèrent les douleurs, et le lendemain il ne restait plus qu'un sentiment de fourmillement. L'épiderme de toutes les parties enflammées se détacha en larges plaques, et il n'éprouva pas d'autre accident; mais sept jours après avoir fait les frictions, en frottant un anneau d'or qu'il portait à l'un des doigts avec un doigt de l'autre

main, il fut tout étonné de le voir blanchir et en continuant le frottement, l'anneau devint bientôt tout blanc comme s'il eût été argenté. Il fit part de ce fait à un médecin de ses amis qui répéta l'expérience avec trois pièces d'or qui en peu de temps furent couvertes d'une couche de mercure. Le lendemain matin, la même chose eut lieu en frottant un petit lorgnon et plusieurs objets d'or, sur la face interne du bras ; on examina la bouche avec beaucoup d'attention et on ne put y découvrir la moindre trace de ptyalisme, de rougeur ou d'engorgement ; la santé était excellente ; M. *** ne s'était pas exposé au froid, et son régime avait été des plus simples et des plus modérés. Des faits de ce genre sont assez nombreux. On a observé des phénomènes semblables, chez des personnes qui avaient fait usage du mercure à l'intérieur et à l'extérieur ; mais ce qui nous semble remarquable dans l'observation que nous venons de traduire, c'est la petite quantité de sel mercuriel qu'il a fallu pour amener ce résultat. (*The London med. and phys. Journal*, mai 1831.)

Académie royale de Médecine. (Août.)

Séance du 23 août. — **Monstruosités.** — M. Geoffroy-St-Hilaire annonce qu'une monstruosité analogue à Rittà-Christina, mais du sexe masculin, est née la semaine dernière à Vaison, près Carpentras, département de Vaucluse ; il la présentera prochainement à l'Académie.

L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section de chirurgie ; entre les quatre candidats qui lui ont été présentés, M. Réveillé-Parise, ayant obtenu 43 suffrages sur 71, est élu.

Mort par inanition. — M. le Garde-des-Sceaux envoie le rapport médical sur la mort de ce prisonnier appelé Granier, qui s'est laissé mourir de faim dans la prison de Toulouse. La mort n'est arrivée qu'au bout de 63 jours ; dès le 8.e l'urine était fétide, excitant dans le canal de l'urètre un sentiment d'ardeur ; l'haleine était puante, le corps amaigri, le pouls à peine sensible. Presque tous les jours il but un peu d'eau, et souvent il en but avec excès. Une seule fois il prit du bouillon et un peu de vin. Parfois aussi il but de son urine. Les excrémens qu'il rendit à plusieurs fois paraissaient carbonisés. Le pouls a varié de 37 pulsations à 108 par seconde. Par fois il a accusé de la difficulté d'avaler. Sur la fin, le pouls n'était plus sen-

sible ; des ecchymoses existaient sur diverses parties de son corps : quelques convulsions ont précédé l'exhalation du dernier soupir.

Cancer et squirrhe de l'estomac.—M. Bally, au nom d'une commission, fait un rapport sur un mémoire de M. Destrès, médecin à Vaily-sur-Aisne, relatif à l'emploi de l'aconit et de la belladone dans les squirrhes de l'estomac. M. Destrès distingue trois périodes dans cette maladie ; une première dans laquelle il n'y a que phlegmasie chronique de l'organe ; une seconde, dans laquelle la phlegmasie a donné lieu à la production d'un squirrhe ; et une troisième dans laquelle le squirrhe a dégénéré en cancer. Si des matières noires sont réunies, on peut, dit-il, en conclure que la maladie est parvenue à la troisième période ; car ces matières noires ne sont que le pus de l'ulcère cancéreux devenu noir par son séjour dans l'estomac, ou plutôt par son mélange avec du sang sorti des vaisseaux érodés de l'ulcère. M. Destrès oppose au mal, dans les deux premières périodes surtout, un emplâtre de vigo, de savon et de ciguë, dont il recouvre la surface avec les extraits d'aconit et de belladone. Selon lui, les effets de cette application sont une douleur pongitive au thorax, mais qui n'est pas durable ; une abondante sécrétion d'urine, une amélioration de tous les symptômes digestifs, et une diminution de plus de moitié de la tumeur squirrheuse ou cancéreuse. En même temps il fait prendre à l'intérieur, dissous dans de l'eau de guimauve, les extraits d'aconit et de belladone, à la dose d'un demi-grain d'abord, puis de un à deux grains, trois fois par jour. Le tout est soutenu par un régime sévère. — M. Destrès cite dans son mémoire six observations dans lesquelles il a appliqué ce traitement ; et bien que les malades aient succombé, il n'en conclut pas moins que les extraits d'aconit et de napel ont une action permanente contre le squirrhe et le cancer de l'estomac, et au moins en diminuent les horribles douleurs. La commission a cru devoir expérimenter ce traitement ; elle l'a fait sur sept malades, et elle n'en a retiré aucun avantage. Elle regarde l'extrait d'aconit donné à la dose de demi-grain, comme étant absolument sans action ; elle pense qu'il faut commencer par deux à trois grains au moins, deux à trois fois par jour, et élever graduellement la dose jusqu'à 40 et 60 grains. Quant à l'extrait de belladone, c'est, selon elle, un médicament fort énergique, et qui doit être plus nuisible qu'utile dans les affections de l'estomac. Elle refuse donc son approbation au remède de M. Destrès, remède qui d'ailleurs avait été déjà proposé par Alberti, Juncker et Storck.

Une discussion s'élève sur l'assertion que l'extrait d'aconit doit être employé dès le début à la dose de trois grains et plus : M. Itard a vu des accidens survenir à la dose d'un grain. Il en a été de même de

M. Emery. — M. Bally dit au contraire l'avoir employé impunément à la dose de six grains tout en commençant. MM. Virey, Pelletier, Delens, disent qu'on peut attribuer ces différences : 1.° au mode de préparation de l'extrait : s'il a été trop brûlé, il est beaucoup moins actif ; 2.° au pays dans lequel on en a recueilli la plante : l'extrait fait avec l'aconit de montagne est bien plus actif que celui fait avec l'aconit de plaine. — Celui qu'a employé M. Bally avait été préparé à la vapeur, conséquemment il n'était pas brûlé ; mais il avait été fait avec de l'aconit de France et non de Suisse.

Seringature. — M. Bally, au nom d'une commission, fait un autre rapport sur une opération dite *seringature*, qu'a proposée M. Mansizio, médecin à Varazzo, en Italie. On lie un membre, on ouvre une veine comme dans la saignée ordinaire, on adapte à la plaie du vaisseau une seringue, et on fait agir cet instrument de manière à faire sortir d'abord le sang du vaisseau, puis à le repousser dans le torrent de la circulation : on continue ensuite pendant cinq ou dix minutes. Quelquefois M. Mansizio remplace la seringue par une vessie de gomme élastique, et il s'est servi de cet appareil pour injecter de l'air, de l'eau chaude, etc., dans le système sanguin. Un frisson d'abord, puis des tiraillemens des extrémités, des vomissemens et des évacuations intestinales, ont été les seuls effets de cette pratique. Selon M. Mansizio, elle convient dans tous les cas où l'on emploie la saignée et les sangsues, et ce médecin en fait une sorte de panacée universelle. Il dit l'avoir essayée sur plus de 2,000 malades dans l'espace de vingt-six mois. Il a proposé au ministère français de l'employer contre la dysenterie qui désolait notre armée d'Afrique. La commission n'a pas cru devoir essayer l'opération de M. Mansizio, dans la crainte de provoquer des phlébites mortelles, accident qui succède quelquefois à une simple saignée : mais elle pense que l'opération de la seringature est une opération dangereuse, contraire à toutes les règles de l'art, et à laquelle l'Académie ne peut accorder sa sanction. — Adopté.

Constitution médicale de Montereau, dép. de Seine-et-Marne, pendant les années 1818, 1819, 1820 et 1821. Mémoire de M. Olinet, rapport de M. Villermé. — Les maladies qui, selon M. Olinet, ont caractérisé surtout la constitution médicale de Montereau, de 1818 à 1821, sont des fièvres intermittentes et rémittentes assez intenses. Tantôt ces fièvres se terminaient spontanément après le quatrième accès, par des évacuations bilieuses abondantes, par haut et par bas ; tantôt les accès se rapprochaient au point qu'il n'y avait plus d'apyrexie. M. Olinet a cherché à imiter la terminaison spontanée de la maladie, en provoquant des vomissemens et de la diarrhée ; les accès, à la vérité, cessaient d'abord, mais la convalescence n'était

pas franche, et il survenait des rechutes qui nécessitèrent constamment l'emploi du quinquina. M. Olinet s'est bien trouvé du laudanum administré à la dose d'un demi-gros au moment de l'invasion du froid, et de lotions tièdes faites sur tout le corps pendant la période de chaleur. Par cette pratique, l'accès était moins long et moins fort. — M. Villermé exprime le vœu que les correspondans de l'Académie traitent les constitutions médicales de chaque pays de manière à fournir les documens nécessaires pour faire une topographie médicale de la France; il voudrait que l'Académie fit une instruction pour guider dans un pareil travail.

Séance du 30 *août*. — Mort par inanition. — M. Villeneuve communique de la part du docteur Serrurier, une observation de suicide par inanition, analogue à celle du prisonnier de Toulouse. Le sujet était un musicien anonomance, qui, pendant soixante jours, c'est à-dire depuis l'instant de sa résolution annoncée par lui avec le plus grand sang froid, jusqu'à sa mort, ne prit de temps à autre que quelques gorgées d'eau et de sirop d'orgeat. L'amaigrissement fut peu sensible pendant les quinze premiers jours. L'excrétion des matières alvines eut d'abord lieu, puis fut supprimée. L'urine, abondante dans les premiers temps, devint rare, brune, floconneuse, avec dépôt d'odeur phosphorescente. Pendant les vingt derniers jours de la vie, odeur cadavéreuse de tout le corps, diarrhée de matières fétides, haleine putride, trismus douloureux, sentiment de douleur vive à l'épigastre, amaigrissement rapide, déformation de la poitrine qui devient étroite et bombée; les épaules rentrent et laissent saillir les vertèbres; le ventre s'aplatit, le bassin semble former une cavité immense. La peau se couvre de pétéchies et se détache par lambeaux. Mort au 60.e jour. L'autopsie cadavérique ne fut pas faite.

Choléra-morbus. — M. Itard appelle l'attention de l'Académie sur un des points de l'histoire du choléra-morbus qui lui paraît avoir été peu étudié jusqu'ici, la prophylaxie de la maladie. La prophylaxie est incomplète, défectueuse, remarque cet honorable membre, parce qu'on n'a pas étudié d'une manière spéciale les localités, parce que les observations hygiéniques manquent. Il propose, par conséquent, d'inviter les commissions envoyées sur le théâtre de l'épidémie, 1.° à étudier la topographie médicale des villes, bourgs, villages au-dehors de la route directe, isolément atteints du choléra; 2.° à étudier comparativement la topographie médicale des villes, bourgs, villages situés sur la route, et qui ont été fortement ou itérativement, ou faiblement attaqués, ou préservés de la maladie: à rechercher les voies de communication entre ces diverses localités; à décrire leur situation géographique; 3.° à étudier enfin

les cordons sanitaires dans leur action, leurs moyens et leurs résultats. La proposition de M. Itard est renvoyée à la commission du choléra-morbus. L'Académie décide en outre que M. Itard sera adjoint à la commission.

M. Villeneuve fait un rapport improbatif sur des *ceintures hygiéniques* de M. Champion, présentées comme préservatif du choléra-morbus. L'adoption des conclusions du rapport est ajournée à la séance prochaine.

Fièvre puerpérale. — M. Kergaradec lit un rapport sur un mémoire de M. Malvaire, relatif à la fièvre puerpérale. L'auteur cherche à établir une différence entre la vraie péritonite ou métro-péritonite des nouvelles accouchées, laquelle réclame la méthode antiphlogistique et l'affection rémittente, accompagnée ou non d'une apparente inflammation péritonéale, contre laquelle est dirigé avec succès le sulfate de quinine. Ce médecin rapporte, à l'appui de sa théorie, des observations particulières qui font l'objet de quelques remarques critiques de la part du rapporteur. Celui-ci n'en approuve pas moins la pratique suivie par l'auteur du mémoire, et propose que ce travail soit favorablement accueilli par l'Académie.

— Dans ses dernières séances du mois de septembre, l'Académie a entendu la lecture d'une *Instruction sur le choléra-morbus*, rédigée par M. Double, rapporteur de sa commission, et après une discussion de peu d'importance dans laquelle de légères modifications ont été arrêtées, elle en a voté l'approbation et la publication. Comme cette instruction, qui ne tardera pas à être rendue publique, ainsi que le rapport de l'Académie, sera distribuée à tous les médecins et à toutes les autorités administratives locales, nous n'avons pas cru devoir la transcrire ici. Nous nous proposons d'ailleurs de faire prochainement, du rapport de l'Académie et de l'instruction rédigée par elle, un examen particulier.

Académie royale des Sciences.

Séance du 22 août. — Lithotritie. — M. le doct. Leroy (d'Étiolles) fait connaître les modifications qu'il a apportées à un instrument de M. Jacobson, destiné à écraser les calculs vésicaux. Cet instrument, envoyé à l'Institut par l'auteur, a été renvoyé à l'examen de plusieurs commissaires au nombre desquels se trouve M. Dupuytren, qui a eu déjà l'occasion de l'appliquer sur le vivant. C'est une canule analogue à celle de la pince à deux branches, mais qui est ovale et d'une moindre longueur. Dans cette canule passent deux tiges, dont une mobile, porte à son extrémité antérieure, dans l'instrument

de M. Jacobson, trois articulations que M. Dupuytren a fait diviser en quatre pour rendre l'ouverture plus arrondie ; l'autre branche est fixe, courbe à son extrémité, à convexité en dedans, et en face de la concavité articulaire de l'autre branche ; à l'extrémité antérieure, ces deux branches se réunissent par une des quatre articulations. Ainsi l'instrument, étant fermé, est courbe, et a beaucoup d'analogie avec une sonde ordinaire à courte courbure, à diamètre de trois lignes environ. On l'introduit comme une sonde ordinaire, et, pour le déployer, on n'a qu'à pousser sur un écrou, en forme de boîte de tirage, des instrumens lithotriteurs. Dans l'instrument de M. Jacobson, cet écrou est aplati (*écrou à oreilles*), ainsi que la partie qui sert de point d'appui à la main gauche. M. Charrière a ajouté, en outre, une boîte à liége, dans laquelle monte et descend la vis, pour éviter la perte de liquide ; et sur la tige, une graduation qui fait connaître le volume de la pierre avec plus d'exactitude que dans la pince à trois branches ; car les branches de cet instrument ne s'aggrandissent pas. L'instrument déployé offre une ouverture presque arrondie, suffisante pour saisir un corps de dix-sept à vingt lignes de diamètre ; la pierre étant saisie, on retire la branche mobile sur laquelle roule l'écrou, mouvement qui s'exécute avec une extrême douceur, et par ce moyen, on a un contact très-sensible et la mesure très-exacte du diamètre de la pierre ; en pressant avec l'écrou, celle-ci s'écrase. On pourrait craindre que ces articulations ne donnassent lieu à casser l'instrument ; mais il n'en est rien, et si celui-ci avait à se briser, l'expérience sur un morceau de fer a prouvé une fois déjà que la branche non articulée se brisait de préférence.

Physiologie végétale, origine et direction des fibres ligneuses. — M. Poiteau lit un mémoire sur ce sujet. Malpighi, Grew, et surtout Duhamel, ont démontré que l'augmentation en diamètre des arbres dycotylédonés a lieu par l'addition de nouvelles couches ligneuses qui viennent s'appliquer successivement sur les anciennes, et l'expérience d'un siècle a rendu en quelque sorte triviale la vérité d'abord établie par ces auteurs. Mais aucun d'eux n'a songé à rechercher si les couches ligneuses se produisaient de haut en bas, ou de bas en haut. Que les deux premiers ne se soient pas occupés de cette question, cela se conçoit, puisque alors la physiologie végétale n'existait pas encore ; mais Duhamel qui peut, à juste titre, être considéré comme le père de cette science, du moins pour la France, n'y a pas songé plus qu'eux, ce qui tend à faire croire qu'il n'a pas eu connaissance d'un passage de Lahire, imprimé dans les mémoires de l'Académie des sciences, année 1708, et dans lequel la question est résolue, quoique sans l'appui des preuves

nécessaires. En effet, cet Académicien dit positivement que les couches ligneuses qui font grossir les arbres, se dirigent du haut en bas, qu'elles émanent des bourgeons, qu'elles en sont les racines, et qu'elles tendent à aller s'enfoncer en terre, comme les autres racines. Il y a environ vingt ans, M. Dupetit-Thouars a reproduit absolument la théorie de Lahire, et quoiqu'il fût extrêmement érudit, sa bonne foi bien connue ne permet pas de croire qu'il ait eu connaissance du passage dans lequel cette théorie était exposée. Du reste, il a trouvé chez les botanistes peu de dispositions à admettre son système; ce qui tenait peut-être, dit M. Poiteau, à ce qu'il s'était plus occupé d'en donner l'explication par une cause physique qu'à la prouver par des faits. Ceux que l'auteur du mémoire vient présenter à l'appui de la théorie de Lahire, sont connus en anatomie et en physiologie végétales. Mais les botanistes n'ont pas tiré des conclusions qui cependant, d'après l'auteur, sont irrécusables et tout-à-fait probantes en faveur de l'accroissement de haut en bas des couches ligneuses.

L'auteur expose ces faits, dont il déduit les conclusions suivantes: 1° chaque bourgeon aérien est un centre vital, ou de reproduction, comme l'embryon d'une graine, avec cette seule différence qu'il adhère à la mère, tandis que le premier en est détaché. 2° Le bourgeon, comme l'embryon, produit deux ordres de fibres, dont les unes tendent à s'élever, les autres à descendre et à s'enfoncer dans la terre. 3° Un arbre ne peut vivre qu'autant que les fibres descendantes de ses bourgeons se mettent en contact avec la terre. 4° Il faut considérer un arbre non comme un individu simple, tel qu'un animal qui n'a qu'un centre vital, mais comme un véritable polypier composé d'autant d'individus qu'il y a de germes qui ont concouru à produire sa masse. 5° La vie commune d'un arbre consiste dans la faculté qu'ont ses tissus d'absorber en commun les fluides liquides et aériformes propres au développement de tous les bourgeons qui le composent.

Séance du 29 août. — Choléra-morbus. — M. Mathias Mayor, docteur en médecine à Lausanne, adresse un mémoire, dans lequel il propose de cautériser la peau de l'abdomen au moyen de l'eau bouillante pour guérir le choléra-morbus. Il établit ce précepte sur les considérations suivantes: 1.° le mal tue le plus souvent en fort peu d'heures. 2° Ce n'est que dans les premiers momens qu'on peut opérer de le combattre avantageusement. 3.° Il est difficile, et il peut être nuisible de faire avaler des médicamens actifs lorsque l'estomac est en proie aux soulèvemens, et en une extrême irritation. 4° Des applications de tout genre ont suffi très-souvent pour amener une heureuse résolution.

VARIÉTÉS.

Du choléra-morbus et des mesures sanitaires relatives à cette maladie.

Nous croyons utile de reproduire ici le *Rapport de M.* PRUNELLE, *à la Chambre des Députés*, sur le projet de loi relatif aux mesures sanitaires, à cause des vues sages qu'il contient.

« Messieurs, la rapidité avec laquelle le choléra-morbus parcourt depuis quelques mois les parties orientales de l'Europe, n'a pas permis au gouvernement français de demeurer spectateur tranquille des précautions que prennent divers états pour se préserver de cet épouvantable fléau. Ces précautions, notre ministère a commencé à en user dans nos ports maritimes avant de les appliquer à notre frontière continentale de l'Est. Quelques dépenses sont donc déjà faites; et dans les ports de l'Océan et de la Manche elles ont eu pour but principal d'activer l'achèvement des lazarets, et de procurer, dans les ports où il n'existe pas de lazarets, un ancrage meilleur aux navires assujettis aux lois sanitaires. La chambre se rappellera sans doute tout ce qui a été dit à certaine époque, dans cette enceinte, contre la construction des lazarets que l'on voulait opposer à une maladie dont la nature contagieuse est loin encore d'être bien établie.

» Mais il faut bien remarquer aussi que l'obligation où étaient autrefois tous les bâtimens provenant du Levant de faire leur quarantaine à Marseille, constituait le commerce des ports de l'Océan et de la Manche en frais considérables, et que ces frais se répéteront plus souvent encore si, comme nous l'espérons, Alger devient un jour pour la France un grand point de cultures coloniales.

» La dépense faite pour les lazarets est donc bien entendue, en ce qu'elle trouvera toujours une application utile. Quant à la dépense nécessitée par les mesures sanitaires que le ministre a cru devoir prescrire dans quelques départemens de l'Est, cette dépense d'abord est peu considérable, et ensuite elle serait suffisamment justifiée, alors même qu'on n'aurait eu d'autre objet que celui de tranquilliser des populations effrayées par les récits que tant d'intérêts divers cherchent à accréditer au milieu d'elles.

» Votre commission, qui s'en est entendue avec M. le ministre du commerce, en a reçu l'assurance que la plus grande circonspection serait apportée dans l'emploi des mesures sanitaires que la loi du 3 mars 1822 autorise. Cette circonspection est impérieusement commandée; toute mesure sanitaire qui tend à entraver les relations

commerciales ne peut être admise que dans le cas de la nécessité la mieux reconnue.

» Cette nécessité serait incontestable si la propagation du choléra était réellement due à l'action d'un levain contagieux et transportable, soit par les individus qui auraient été exposés à son action, soit par des corps qui auraient pu d'abord en être imprégnés, et devenir ensuite conducteurs ou véhicules de la matière contagionnante.

» Une semblable question, toute du domaine scientifique, n'est pas susceptible de devenir l'objet d'une discussion dans cette chambre. Cependant j'ai besoin de porter à sa connaissance les faits qui doivent naturellement servir de motifs au vote du crédit qui nous est demandé.

» Dans cette circonstance, ainsi que dans toutes celles où il s'agit de faire l'application des théories de la médecine aux masses, et non pas simplement aux individus, la connaissance des faits de détail qui doivent diriger la conduite du médecin-praticien devient complètement inutile aux gouvernans, qui n'ont à s'occuper que des faits généraux propres à recevoir l'application la plus générale. Les gouvernemens ne doivent donc, sous aucun prétexte, s'en laisser imposer par ces faits de détail qui, se trouvant déjà sujets à controverse entre les gens de l'art, ne pourraient souvent être généralisés sans conduire aux erreurs les plus désastreuses.

» Or, un fait de l'ordre le plus général domine la grande question du choléra-morbus ; ce fait, l'administration ne peut l'ignorer : c'est que le choléra-morbus, qui dans l'Inde bornait autrefois ses ravages à quelques contrées peu étendues et même à quelques individus isolés, n'est point une maladie nouvelle ; c'est que cette maladie, depuis 1817, s'est déclarée à la fois sur plusieurs points très éloignés les uns des autres et séparés par des points intermédiaires qui souvent ont été respectés ; c'est que les personnes appelées à donner leurs soins aux malades n'ont point été affectées plus fréquemment que les personnes étrangères à ce service.

» Ainsi, il n'y a point eu, en cette circonstance, transmission successive à la matière des contagions, mais uniquement développement simultané, en raison de causes générales tout à fait indépendantes des circonstances du sol et de la température ; causes dont l'action est aussi manifeste que la nature en est inconnue. On sait que ce mode d'action est désigné par les médecins sous le nom d'influence, de génie épidémique, et plus généralement sous le simple nom d'épidémie.

» Ce premier fait, une fois observé dans l'Inde, ne paraît guère avoir changé de caractère depuis que le choléra-morbus a pénétré en Eu-

rope. On a dit que le choléra-morbus était arrivé par Orembourg avec les marchandises de la Perse; mais à Orembourg, et dans le district de ce nom, tout prouve que le choléra a été épidémique, et nullement contagieux. Il n'est pas également constaté què dans le reste de la Russie d'Europe la maladie n'ait jamais été transportée, soit par des individus qui en étaient déjà frappés, soit par les voyageurs qui avaient séjourné dans les contrées où régnait le choléra. Ce qui est plus positif, c'est que ce genre d'affection ne s'est pas encore propagé, à la manière de la peste et de la petite vérole, au moyen de miasmes particuliers et transportables avec des marchandises de telle ou de telle nature.

» Remarquons bien cependant (et ceci est capital) que les cordons sanitaires russes n'ont préservé ni Moscou, ni St.-Pétersbourg; que les lois sanitaires de la Prusse, qui s'exécutent avec une ponctualité et une rigueur partout ailleurs inconnues, n'ont pas préservé Berlin, quoi qu'on en ait pu dire, et que Thorn, en relations habituelles avec Varsovie et Dantzig, est encore à l'abri de ce fléau.

» L'administration ne doit pas oublier que rien ne favorise plus le développement des épidémies que ces grandes aggrégations d'hommes qui traînent à leur suite la misère et toutes les causes de débilitation possible. C'est ainsi que la guerre a puissamment concouru aux progrès du choléra, tant dans l'Inde qu'en Russie et en Pologne. On peut même dire que dans ces dernières contrées le choléra n'a pas agi seul, et que, dans sa dernière période, il a souvent revêtu les formes typhoïdes.

» Mais quel que soit le parti qu'on embrasse dans une question de ce genre, il faut toujours en venir à reconnaître que, dans certaines circonstances, et alors surtout qu'une épidémie sévit avec le plus de force, elle puisse revêtir aussi le caractère contagieux. Ce mode de transmission n'est pas, sans doute, essentiellement celui du choléra, mais il faut admettre que cette maladie, ainsi que tant d'autres qui ne sont point contagieuses de leur nature, peut le devenir en des circonstances données.

» Par cette raison, on ne doit jamais, en principe, blâmer les mesures prises pour s'opposer aux progrès d'une maladie que l'on ne croit pas contagieuse, mais qui peut devenir telle dans l'occurrence; ce que l'on doit blâmer, ce sont les mesures mal entendues qui tendraient à activer les progrès de la maladie, en jetant l'épouvante au sein des populations et en les refoulant sur elles-mêmes, ainsi que quelques hommes imprudens l'ont conseillé.

» En conséquence de ces divers motifs, votre commission vous propose à l'unanimité le vote du crédit d'un million destiné à des mesures sanitaires. La commission désire seulement que M. le ministre

s'engage à n'employer cette somme qu'en dépenses matérielles, et qu'elle ne serve nullement à salarier des administrations sanitaires.

« Assurément, le crédit ainsi employé n'est pas très-considérable, et il serait de toute insuffisance s'il s'agissait de recourir à ces grandes mesures d'hygiène publique avec lesquelles la civilisation moderne a écarté depuis long-temps les contagions et arrêté le progrès des épidémies qui ravagèrent l'Europe dans le moyen âge bien autrement que ne le fait aujourd'hui le choléra. Ces mesures méritent toujours toute la surveillance, tous les encouragemens du gouvernement ; malheureusement elles se réalisent d'une manière trop lente dans les grandes villes, qui, pour la plupart, ont fait, pour des objets d'un médiocre intérêt pour le public, tant de dépenses énormes. » (*Moniteur* du 15 septembre).

Les prescriptions rigoureuses ordonnées dans toute l'Allemagne pour arrêter la marche du choléra, n'ont pas peu contribué à rendre notre Chambre législative facile à accorder au ministère les moyens d'imiter cet exemple. De semblables mesures ont été également prises en Angleterre. Mais, nonobstant ces précautions, l'épidémie a envahi la Hongrie, où elle a fait d'affreux ravages, et où l'on dit que son intensité a beaucoup diminué. Elle a pénétré à Berlin et à Vienne d'où les cordons sanitaires auraient dû l'éloigner s'ils en avaient eu la puissance. Aussi, pendant que la Chambre des Députés votait des fonds extraordinaires pour mettre en état nos lazarets, pour établir des cordons sanitaires qui devaient préserver la France, on levait en Russie toutes les entraves aux communications reconnues inutiles contre la propagation du choléra ; et le roi de Prusse déclarait que le choléra asiatique a pénétré dans ses états malgré les mesures les plus rigoureuses, les précautions les plus actives et la vigilance la plus soutenue, qui n'ont pas réussi à l'étouffer, à en arrêter les progrès. Ce souverain ordonne de soumettre les réglemens antérieurs à une révision, à des modifications, que réclament l'expérience acquise par l'administration et les considérations des inconvéniens produits par les anciennes mesures. D'après ces motifs, la commission sanitaire de Prusse, en attendant les nouveaux réglemens qu'elle doit présenter, a publié quelques dispositions provisoires, d'après lesquelles les cordons militaires sont supprimés, et toutes les autres entraves occasionnées par les mesures dites sanitaires sont considérablement diminuées.

En admettant, comme tout porte à le croire, l'inefficacité des cordons sanitaires, c'est un motif de plus pour recommander l'observation des règles de l'hygiène publique et de l'hygiène privée. M. le

préfet de police vient de prendre un arrêté qui nous semble convenable, et que les autorités des diverses villes du royaume devraient également prendre; voici les principales dispositions de cet arrêté : Art. I.er Il sera établi près de nous une commission centrale de salubrité; près de chaque mairie de la ville de Paris, une commission d'arrondissement; dans chaque quartier une commission de quartier. — Art. II. La commission centrale se composera de citoyens notables au nombre de six, et des membres actuels du conseil de salubrité déjà existant. Elle déléguera pour chaque arrondissement un de ses membres qui transmettra ses instructions à la commission d'arrondissement et en surveillera les travaux. — Art. III. Les commissions d'arrondissement seront composées du maire de l'arrondissement, président, de trois notables, et de deux médecins et un chimiste. — Art. IV. Les commissions de quartier seront composées de deux notables, d'un médecin et d'un chimiste, et assistées par le commissaire de police du quartier. — Art. V. Les commissions de quartier correspondront avec les commissions d'arrondissement, celle-ci avec la commission centrale, pour tous les objets qui se rattachent à l'hygiène publique et à la salubrité. En cas d'urgence, les commissions d'arrondissement ou de quartier pourront nous adresser directement des rapports sur toutes les mesures relatives à la salubrité des localités confiées à leur surveillance, etc.

Cette hiérarchie de commissions a paru inutile, et a excité de justes réclamations. On ne voit pas en effet, après la commission centrale établie près de l'autorité supérieure, et qui devra diriger les mesures sanitaires, quel peut être le rôle des commissions d'arrondissement. On a donc lieu de présumer que ces commissions seront réunies à celles de quartier.

M. Boileau nous a adressé des observations de maladies qui, dans le mois dernier, ont jeté l'épouvante à Nancy, par leur issue promptement funeste, et que l'on prit bientôt pour des exemples de choléra-morbus. Ce travail nous étant parvenu lorsque la partie de notre Numéro où il aurait pu entrer, était terminée, nous avons regretté de n'avoir pu l'insérer; nous le donnerons dans le prochain cahier.

BIBLIOGRAPHIE.

Observations sur la nature et le traitement du choléra-morbus d'Europe et d'Asie; par J. T. Millingen, *D. M., chirurgien principal*

des armées de S. M. B., etc. Paris, 1831. In-8.° x-54 p. Chez Baillière.

Précis physiologique du choléra-morbus, ouvrage dans lequel sont exposées des vues nouvelles sur la cause essentielle, le siège, la nature et les traitemens curatif et préservatif de cette maladie; par H. M. J. Desruelles, *D. M., chirurgien aide-major breveté à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, etc. Paris, septembre 1831. In-8.°, VI-72 p. Chez Marius-Amyot.*

Mémoire sur le choléra-morbus; par M. le Baron Larrey, *membre de l'Institut de France, du Conseil de santé des armées, etc. Paris, 1831. In-8.°, 43 p. Chez J. B. Baillière.*

Rapport du Conseil de santé d'Angleterre, sur la maladie appelée dans l'Inde Choléra spasmodique, et qui règne aujourd'hui dans le nord de l'Europe; publié par ordre des lords composant le Conseil privé de S. M. B., suivi d'une lettre adressée à Sir H. Halfort, président du Conseil de santé, sur la contagion du choléra, par W. Macmichael, *D. M., etc.; traduit de l'anglais. Paris, 1831. In-8.°, 103 p. Chez J. B. Baillière.*

La terrible épidémie, sur laquelle est dirigé l'attention publique, ne pouvait manquer de devenir le sujet de nombreuses publications. A la vue du fléau qui nous menace, il n'est pas étonnant que chacun s'empresse de communiquer les notions qu'il en a, de donner l'avis, qu'à tort ou à raison, il croit propre à en détourner les coups. Nous ne chercherons pas à donner une analyse détaillée des brochures que nous venons d'annoncer : nous nous contenterons de donner sur chacune d'elles un court jugement, laissant aux lecteurs curieux d'étudier tout ce qui se compose sur le choléra-morbus, le soin d'y recueillir les choses bonnes à prendre, et de rejetter les idées fausses ou hasardées. Nous aurons d'ailleurs peut-être occasion d'y revenir, lorsque nous examinerons le travail important sanctionné par l'Académie de médecine.

La brochure de M. Millingen est, comme l'indique cet auteur, un extrait des travaux faits par les médecins anglais sur le choléra de l'Inde. Quoique ce médecin dise avoir observé la maladie et joindre les fruits de son expérience aux résultats de l'observation de ses compatriotes, nous n'avons rien découvert dans son écrit qui puisse faire juger qu'il en soit ainsi. Tout y est exprimé comme provenant des rapports et de la pratique d'autrui. M. Millingen adopte, sur la nature et l'origine de la maladie, des idées théoriques trop vagues pour être discutées. Il penche à croire qu'elle dépend d'une condition électrique de l'air, sans spécifier quelle peut être cette condition et son mode d'agir; et trouve de l'analogie entre les phénomè-

nes du choléra-morbus et les effets d'une commotion électrique sur le corps humain. Il regarde l'absence de l'air vital, de l'oxygène, dans le sang noir, épais, des cholériques, comme évidemment démontrée, et propose l'inspiration de ce gaz comme devant être un des moyens curatifs les plus puissans, fondé qu'il est sur les succès qu'il dit en avoir obtenus dans toutes les *maladies qui dépendent d'une lenteur dans la circulation*. (Dans le mémoire que M. Millingen a lu à l'Académie de médecine en 1826, sur l'usage du gaz oxygène comme moyen thérapeutique, cet auteur indiquait la chlorose, les leucorrhées atoniques, les ascites, l'asthme, etc., comme les maladies qui en avaient reçu des améliorations. *Voyez Archives générales*, tom. X, p. 472. Nous ne saisissons pas bien le rapport qui existe entre ces maladies et le choléra.) Les considérations prophylactiques et hygiéniques qui terminent le mémoire de M. Millingen, nous ont semblé très-sages et très-judicieuses.

M. Desruelles, dans l'opuscule qu'il a publié, s'est principalement proposé de donner, si nous pouvons nous exprimer ainsi, la raison physiologique du choléra-morbus, de déterminer la production, le développement et les relations des phénomènes de cette maladie. Ce médecin a-t-il atteint ce but? nous ne le croyons pas. Suivant lui, le choléra-morbus a pour cause essentielle un *miasme* qui pénètre dans le sang par la voie de la digestion, ou par celle de la respiration et de l'absorption cutanée. Ce miasme *vicie* tous les fluides qui proviennent du sang, et *affecte* profondément le système nerveux. L'économie ne peut *se débarrasser* de ce miasme que par la voie du canal digestif qui paraît avoir avec lui des *rapports d'affinité* et qui *semble* être spécialement destiné à cette espèce de *dépuration*. *L'action* de ce miasme sur le canal alimentaire y provoque une violente *congestion* et des mouvemens spasmodiques très-véhémens qui donnent lieu aux phénomènes primitifs du choléra. Le *trouble* profond, subit et continu de ce canal, et la *congestion* qui en résulte, appellent dans les voies digestives les *fluides de toutes les parties* du corps; d'où proviennent les vomissemens, les déjections, les convulsions des plans musculeux qui revêtent la muqueuse gastro-intestinale, la supersécrétion de cette membrane, les crampes des muscles externes. Cette supersécrétion ne peut se faire sans déterminer une rapide et effrayante absorption *de toutes les parties fluides* de l'organisme, et sans tarir la *source* des autres organes sécréteurs. De cette absorption résultent l'amaigrissement rapide du sujet, l'épaississement du sang presqu'entièrement dépouillé du sérum. Le danger du choléra résulte moins peut-être de l'affection du canal digestif que de la supersécrétion de ce canal et de l'absorption rapide que cette abondante exonération ne peut solliciter qu'en concen-

trant sur un seul viscère toute l'action vitale de l'organisme, etc., etc. Il y a sans nul doute de la justesse dans plusieurs des vues de l'auteur, mais que d'idées vagues, aventurées et même contradictoires, se trouvent dans cette théorie.

M. Desruelles, il faut l'avouer, ne la donne que comme une hypothèse *imaginée* pour *expliquer* les formidables accidens du choléra, et *pénétrer la nature et l'essence* de cette maladie. Mais comment une hypothèse, c'est-à-dire, une des mille suppositions que peut suggérer une série des phénomènes, peut-elle faire pénétrer la nature et l'essence de ces phénomènes. Cet auteur, qui a critiqué à si bon droit la marche suivie dans le rapport de l'Académie de médecine, aurait dû éviter de tomber sur un écueil semblable. Remarquons, d'ailleurs, que comme tous les fauteurs de systêmes, M. Desruelles, tout en reconnaissant la base hypothétique sur laquelle le sien est fondé, n'y appuie pas moins les principes de traitement qu'il propose pour le choléra. C'est ainsi que l'opium lui paraît avoir la propriété d'*annihiler l'action delétère du miasme*, et de faire cesser la perturbation qu'il a produite, et qu'il propose de substituer une solution de cette substance au vinaigre, consacré de de temps immémorial et sans trop de raison à la désinfection des lettres. Malgré ces défauts, on ne lira pas sans intérêt et sans fruit la brochure de M, Desruelles. La question des causes du choléra-morbus y est discutée d'une manière judicieuse.

M. Larrey, qui dans sa vaste carrière et ses lointaines pérérinations avec les armées françaises, a eu souvent occasion d'observer le cholera morbus sporadique, qui en éprouva lui-même les atteintes, a cru devoir communiquer dans cette circonstance le résultat de ses observations sur cette maladie. Mais la manière ordinaire à ce célèbre chirurgien nuit beaucoup aux excellentes choses que renferme, sans doute, son opuscule. Elles y sont difficilement distinguées au milieu de théories, d'opinions, qui se présentent appuyées seulement sur l'assertion de l'auteur ou sur des analogies inadmissibles. Ainsi, suivant M. Larrey, la saignée générale est rarement indiquée dans les épidémies de choléra, parce que l'expérience lui a prouvé qu'elle était généralement funeste dans la peste en Syrie. Nous doutons que le memoire de cet auteur soit de quelqu'utilité, parce qu'on ne saurait y démêler ce qu'il a puisé dans sa propre observation d'avec les idées qu'il s'est formées, soit *à priori*, soit d'après les écrits d'autres auteurs. Ce qui a trait au choléra sporadique, est confondu avec ce qui est tiré des descriptions du choléra épidémique. On présume bien que les ventouses scarifiées et les moxas entrent dans les préceptes thérapeutiques recommandés par M. Larrey.

Le *rapport du Conseil de santé d'Angleterre* offre, sans contredit,

le plus grand intérêt. Pour le composer, la commission a interrogé, relativement au choléra de l'Inde, des personnes qui ont été attachées aux différentes branches du service médical dans ce pays. C'est d'après leur témoignage et d'après les nombreux documens recueillis dans les rapports imprimés, faits par ordre de plusieurs gouvernemens, tels que ceux du Bengale, de Madras et de Bombay, que la commission sanitaire dit avoir donné un compte détaillé et un aperçu des moyens de traitement employés dans l'Inde. A cette principale pièce du rapport est annexée une description du choléra de Moscou fournie par le D.r Keir, médecin anglais, qui depuis longtemps habite cette ville; et un extrait du rapport des docteurs Russel et Barry, chargés par le gouvernement de faire des recherches sur la nature de la même maladie à Pétersbourg. Dans ce rapport, ce ne sont point des théories, des opinions, ce sont des faits, des résultats de faits qui y sont consignés. Quant à la lettre sur le caractère contagieux du choléra de l'Inde, qui suit le rapport de la commission sanitaire d'Angleterre, c'est une dissertation sur la contagion en général, renfermant peu de faits applicables au choléra. L'auteur de la lettre, qui admet, sans hésiter le caractère contagieux de toutes les maladies épidémiques, n'hésite pas à reconnaître ce caractère au choléra de l'Inde. La même opinion paraît dominer la commission sanitaire d'Angleterre, si l'on en juge par les mesures qu'elle prescrit de prendre dans le cas de l'apparition de la maladie; mesures dont quelques-unes, telles que l'enlèvement et l'isolement des individus affectés, sont odieuses, tyranniques, impraticables même; mais la commission n'a pas exposé les faits sur lesquels repose sa doctrine; et ce qui se passe aujourd'hui dans le nord ne tend pas à la faire partager.

Traité de l'auscultation médiate et des maladies du poumon et du cœur; par R. T. H. Laennec. *Troisième édition, augmentée de notes, par* Mériadec Laennec, *D. M. P., ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine à l'hôpital de la Charité, médecin des dispensaires, etc. Paris*, 1830. 3 *vol. in*-8.° *Chez Chaudé.*

Le propre des ouvrages vraiment originaux est de rester longtemps jeunes, exemple le livre d'Harvey, intitulé : *Exercit. anat. de motu cordis*, où le mécanisme de la circulation du sang est beaucoup mieux exposé qu'il ne l'était généralement il y a à peine quinze ou vingt ans, dans les meilleurs traités élémentaires de physiologie. Pareil avenir est sans doute réservé au *Traité de l'auscultation médiate*. Il restera pendant longues années encore, le guide des praticiens pour le diagnostic des maladies de poitrine. L'éditeur de la troisième édition, M Mériadec Laennec, l'a parfaitement senti;

aussi s'est-il borné à reproduire le texte par de la seconde ; seulement il a cru pouvoir l'enrichir de notes relatives à quelques points de la science, qui, depuis la mort de Laennec, ont attiré particulièrement l'attention des médecins.

Pour donner aux lecteurs une idée du mérite de ces notes, je crois devoir m'arrêter un instant sur quatre d'entre elles ayant pour objet, 1.° l'emphysème du poumon ; 2.° l'apoplexie pulmonaire ; 3.° les déchirures du cœur ; 4.° le mode de développement des tubercules.

Emphysème du poumon. Dans ces derniers temps, on a prétendu, d'après M. Piedagnel, qu'à l'état sain, le tissu pulmonaire n'était pas crépitant. Si l'on a voulu dire par là que la crépitation d'un poumon sain ne se faisait pas sentir à l'oreille, on a presque toujours eu raison. Mais il y a une autre crépitation très-sensible au toucher, que la pression du tissu pulmonaire entre les doigts, produit toujours, en froissant, en déplaçant l'air contenu dans les cellules aériennes. C'est ce phénomène que les médecins entendent surtout, ce me semble, désigner par le mot de crépitation. Il s'observe constamment sur un poumon sain. Quand il existe de l'emphysème, cette sorte de crépitation devient beaucoup plus marquée et s'accompagne même ordinairement d'un bruit appréciable à l'oreille. M. Mériadec Laennec a parlé à-peu-près comme je viens de le faire, de la crépitation pulmonaire, dans sa note sur l'emphysème du poumon, qu'il persiste à distinguer en emphysème par rupture et en emphysème par dilatation des cellules pulmonaires.

Apoplexie pulmonaire. M. Cruveilhier ayant eu occasion d'observer peu d'heures avant sa mort un malade atteint d'apoplexie pulmonaire, chez lequel il ne rencontra aucun des signes *stéthoscopiques* assignés par Laennec à cette maladie, en a conclu qu'il est à-peu-près impossible de la reconnaître pendant la vie : cette conclusion n'a pas paru incontestable à M. Mériadec Laennec, qui s'est attaché à la réfuter, en rappelant que M. Piorry a eu occasion de reconnaître par la percussion médiate, des altérations de sonoréité chez un sujet affecté d'apoplexie pulmonaire. Il en infère, qu'en pareil cas, l'auscultation ne peut guère rester sans fournir quelque indication séméiotique. Suivant nous, si cette manière de voir n'a pas encore pris rang parmi les vérités évidemment démontrées, elle peut au moins être regardée comme fort probable.

Dechirures du cœur. Laennec n'avait point parlé de ce genre d'affections pathologiques. L'éditeur a réparé cette omission dans une note où, en passant en revue les travaux les plus modernes sur les hémorrhagies *interstitielles* ~~ou de l'intérieur~~ des tissus, il soutient que c'est toujours à la suite d'un épanchement de sang dans l'inter-

valle des fibres musculaires du cœur, que les parois de cet organe se déchirent et laissent épancher le sang à flots dans le péricarde. A la vérité, les choses ont quelquefois lieu de cette manière, et tout récemment j'en ai rencontré un exemple remarquable. Mais le plus ordinairement le tissu du cœur est tout simplement ramolli, d'un rouge habituellement violacé, d'autres fois grisâtre, dans l'endroit de la déchirure, ou plutôt de la perforation. Au reste, quand même une hémorrhagie intersticielle précéderait toujours la déchirure du cœur, il n'en serait pas moins vrai que cette hémorrhagie serait toujours précédée elle-même, d'une altération notable du tissu cardiaque. C'est là le point fondamental de la théorie de ces déchirures, maintenant bien établie par les recherches de M. Dezeimeris, desquelles il résulte que sur dix observations de rupture du cœur, neuf au moins parlent expressément d'une altération manifeste de son tissu.

Développement des tubercules. Bayle et Laennec considéraient les tubercules comme une production, comme un tissu accidentel, mais ils n'avaient fait que glisser sur leur mode de formation. Dans ces derniers temps, MM. Magendie, Cruveilhier, Andral et Boulan ont dit que les tubercules se formaient par la sécrétion ou le dépôt, dans le tissu cellulaire du poumon ou dans les cellules pulmonaires d'un liquide qui, après s'être solidifié en globule, de manière à constituer l'état tuberculeux dit de crudité, se ramollit ordinairement de la circonférence au centre, des productions qu'il a formées. Je crois, au contraire, avoir bien constaté qu'avant l'apparition des corpuscules grisâtres appelés tubercules, on voit toujours se développer dans les endroits du poumon qui doivent plus tard les contenir, de petits grains rougeâtres d'apparence charnue. En dissertant sur ce mode de développement, M. Mériadec Laennec le regarde comme aussi *spécieux* que celui admis par l'inventeur de l'auscultation. Il eut peut-être été plus exact de n'y voir qu'une confirmation, une sorte de complément des idées de cet homme célèbre, sur la formation des tubercules.

Les quatre notes dont nous venons d'indiquer l'esprit suffisent sans doute pour faire apprécier la valeur de baucoup d'autres que le défaut d'espace ne nous permet pas même de citer par leurs titres. Les unes comme les autres montrent que l'éditeur n'a rien négligé pour mettre la troisième édition de *l'Auscultation médiate*, non-seulement au niveau des faits, mais encore des opinions scientifiques ayant cours en ce moment.

ROCHOUX.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

OCTOBRE 1831.

Recherches expérimentales sur quelques-unes des bases qui doivent servir au diagnostic des maladies du cœur et de la circulation; par MARC D'ESPINE. *Lues à l'Académie royale de Médecine, le* 29 *juillet* 1831.

Lorsqu'un médecin est appelé à noter tous les symptômes que présente l'affection d'un organe quelconque, il est obligé de passer en revue tous les phénomènes sensibles par lesquels cet organe ou sa fonction trahissent leur existence aux sens de l'observateur, et doit dire de chacun de ces phénomènes s'il est plus ou moins prononcé qu'à l'ordinaire, s'il a changé de nature, ou s'il manque. Après cette première inspection il devra chercher si des phénomènes nouveaux, qui n'existaient point dans l'état de santé, sont survenus depuis la maladie. En troisième lieu, il devra parcourir les autres organes du corps, faire, vis-à-vis d'eux le même travail, et noter de même les changemens qui ont eu lieu ailleurs; car il n'est pas sûr, que la fonction malade n'ait pas tel rapport avec celles du reste du corps, que toutes les fois qu'elle se modifie d'une certaine manière, elle ne doive entraîner quelque part, souvent fort loin d'elle, des modifications correspondantes. Ces modifications deviennent en pareil cas,

de nouveaux symptômes qui, pour être indirects, n'en sont pas moins quelquefois d'une grande valeur, car la constance d'un phénomène quelconque dans une affection, et son absence dans les autres maladies, tels sont les caractères du symptôme par excellence, du signe certain. Or, il est des symptômes indirects qui ont plus de valeur que certains symptômes directs, exemple : dans les maladies du cœur, la douleur vive et poignante est beaucoup plus rare que l'œdème de membres inférieurs ; cependant ce dernier symptôme est plus indirect que le premier. Le catarrhe pulmonaire chronique, considéré comme symptôme des maladies du cœur, est un fait encore plus indirect que l'œdème, puisqu'il ne peut pas même être expliqué par la circulation, et cependant il est plus constant que la douleur.

L'énumération que je viens de faire renferme, je crois, toutes les conditions dans lesquelles un symptôme peut se trouver. En tirer une définition complète, n'est pas chose facile; mais on peut faire ici ce qu'on fait partout, s'approcher le plus possible de l'exactitude, et dire : *qu'un symptôme est tantôt une modification des phénomènes habituels par lesquels un organe ou sa fonction traduisent leur existence au-dehors, tantôt un phénomène nouveau relatif, soit à la fonction malade, soit aux autres fonctions de l'économie.*

Pris dans son acception la plus étendue, voilà ce que c'est qu'un symptôme ; ce que j'ai dit plus haut renferme ni plus ni moins toutes les sources dans lesquelles il peut être puisé ; il reste à établir les deux limites par lesquelles il tend insensiblement à prendre deux autres acceptions. C'est par le rapprochement de plusieurs observations d'une même affection, que le médecin arrive à faire trois classes de l'ensemble des symptômes dont il a pris note. L'idée qui domine dans cette division est la constance

avec laquelle les symptômes se présentent. Celui qui, sur cent observations, par exemple, ne se sera offert que deux, trois, quatre et cinq fois, perdra son nom et sera dit par les uns accident, ou simple phénomène, ou symptôme très-rare; celui qu'au contraire on aura observé le plus souvent, c'est-à-dire, soixante, soixante-dix, quatre-vingt, quatre-vingt-dix fois et plus, sur cent, passera dans la classe des signes, surtout si, à ce caractère, se joint celui d'être plus ou moins rare dans les autres affections. Enfin un nouveau choix pourra être fait dans les signes, et les plus certains seront dits signes pathognomoniques. Alors on ne conservera plus la dénomination de symptôme que pour ce qui n'est ni phénomène ni signe.

On voit que la définition d'un signe, tel qu'on l'entend en physiologie, serait encore bien plus difficile à donner avec exactitude que celle du symptôme, puisque rien n'en précise bien les limites. Le signe est un symptôme; il est un des plus constans, des plus certains; mais de quelle quantité précise? Là dessus chacun peut varier du plus au moins.

En suivant ainsi le médecin dans son travail depuis l'observation des symptômes jusqu'à leur conversion en signes, puis en signes pathognomoniques, je suis rapidement arrivé au terme qu'il se propose, du moins quant à l'histoire symptomatologique d'une maladie. Mais l'ai-je pris au vrai commencement de sa tâche en le plaçant auprès du malade? N'a-t-il pas un travail très-important à faire avant d'aborder ce même malade, travail sans lequel ses observations risquent d'être ou incomplètes, ou inexactes, et même pleines d'erreurs? Oui, certainement, et c'est ce qui me reste à établir dans cette espèce de préliminaire que je crois devoir donner aux premiers essais que je me hasarde à faire connaitre.

D'après ce que j'ai dit des symptômes, on voit que

pour les apprécier convenablement il faut déjà connaître les phénomènes qui, dans l'état de santé, trahissent l'existence de l'organe ou de la fonction, les rapports qui lient ces phénomènes entr'eux, afin de voir s'ils sont restés les mêmes ou s'ils ont changé; les connaître tous enfin ou le plus grand nombre possible. Cette base des symptômes me paraît tellement importante à considérer, que je pense qu'en elle est tout espoir de progrès dans la science. Le passé du moins est la preuve de ce que j'avance. Avant M. Laennec, où puisait-on les symptômes de la phthisie pulmonaire? Dans les modifications des fonctions de la peau, les sueurs, les modifications de la nutrition, l'amaigrissement, la modification des forces, leur diminution; et en fait de symptômes directs on avait la toux et l'expectoration, rien de plus. Aujourd'hui le catalogue des symptômes a plus que doublé. Pourquoi? Parce qu'on a découvert de nouveaux phénomènes appréciables, qu'on a trouvé le moyen d'entendre le bruit respiratoire, et delà tous les râles, l'absence de respiration, etc.; d'entendre la voix et delà la bronchophonie, la pectoriloquie, l'égophonie, etc.; je n'en finirais pas si je voulais aller jusqu'au bout. Ce que je dis ici des maladies du poumon s'applique à l'affection de plusieurs autres organes, aux maladies du cœur surtout, dont M. Laennec a prodigieusement enrichi le catalogue des symptômes, catalogue que je ne crois cependant pas clos encore, car je pense qu'on peut détailler bien plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici les phénomènes d'auscultation et l'exploration du pouls.

Je résume donc mon idée et sa preuve en disant : que plus on parviendra à apprécier de phénomènes, plus on aura de symptômes, puisque, pour parler généralement, le symptôme n'est qu'une modification des phénomènes. Mais plus on a de symptômes, plus on approche du dia-

gnostic précis ; donc la perfection du diagnostic repose entièrement sur l'observation minutieuse et détaillée de l'organe sain et de sa fonction.

Mais ce n'est pas tout encore, et il reste quelque chose à faire avant d'aborder le lit du malade avec une entière confiance. Il faut chercher à lier, quand on le peut du moins, le phénomène à la vraie cause qui le produit. Cette cause devra être cherchée dans les conditions de texture, de forme, etc., ce que j'appellerai conditions physiques de l'organe s'il s'agit de percussion, de toucher, de palper : etc. Exemple : la percussion du thorax est sonore; pourquoi ? parce que le poumon est peu dense, composé en grande partie de petites cavités destinées à loger de l'air. La percussion de la région du foie donne un son mat : pourquoi ? parce que cet organe est au contraire très-dense, d'un parenchyme serré, etc. La cause devra être cherchée dans le jeu, le mécanisme, etc. ; ce que j'appellerai les conditions physiologiques de l'organe, s'il s'agit d'auscultation, de certains phénomènes appréciables à la vue, etc., etc. Respiration, bruits du cœur : pourquoi entend-on la première en auscultant le poumon; d'où vient qu'elle peut varier d'intensité ? Quant aux bruits du cœur, d'où proviennent-ils; qu'est-ce qui produit l'un, qu'est-ce qui donne lieu à l'autre ? Etablir ce rapport, c'est ce qu'on nomme expliquer. Ce travail se fait sur les phénomènes quand la fonction est saine; il se fait ensuite sur les symptômes, et se nomme alors explication des symptômes. Cette explication, quand elle est fondée en raison, c'est-à-dire, suffisamment prouvée pour qu'un être raisonnable l'admette, rend la marche du médecin plus sûre ; elle lui permet par la suite de se rendre compte des résultats qu'il a tirés de l'observation, de comprendre pourquoi tel symptôme se trouve plus fréquent que tel autre ; pourquoi celui-ci n'existe que dans certains cas, celui-là dans d'autres ? etc.

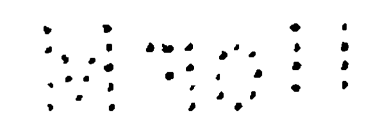
Telles sont les réflexions qui m'ont occupé, lorsque, il y a deux ans, je me suis proposé de faire une étude spéciale des maladies du cœur. J'ai dû, par conséquent, me livrer aux recherches préliminaires dont je viens de parler, et auxquelles j'attribue une grande importance. Je me suis donc mis à éprouver, par l'observation, la valeur des assertions qu'ont faites les auteurs, tant sur les phénomènes qui jusqu'ici ont servi à fonder des symptômes, que sur les explications de ces mêmes phénomènes. Comme dans ce double travail je suis arrivé à des résultats qui, sur plusieurs points, diffèrent essentiellement des opinions reçues, sur d'autres confirment et transforment en proposition démontrée ce qui jusqu'à présent n'était qu'une opinion généralement accréditée, j'ai pensé que l'exposé des observations, des expériences et des raisonnemens qui m'ont conduit à conclure, ne serait pas tout-à-fait dénué d'intérêt pour ceux qui s'occupent de cette intéressante portion de la pathologie des maladies du cœur et de la circulation.

I.re PARTIE. — *Des phénomènes par lesquels la circulation se révèle aux sens du médecin, et de leurs rapports.*

L'auscultation du cœur et l'exploration attentive du pouls, faites sur un grand nombre de sujets atteints des maladies les plus diverses, mais ne donnant pas de signes de maladies du cœur, m'ont amené aux résultats suivans, résultats que je ne crains point de donner pour exacts.

L'oreille, appliquée sur la région du cœur chez un homme sain, perçoit une série de battemens doubles, et chaque paire de battemens est séparée de la suivante par un intervalle de silence plus long que celui qui sépare les deux battemens l'un de l'autre.

Le premier bruit, plus fort et plus sourd, donne une sensation de choc à l'oreille; le second, plus clair et



plus faible, ne donne pas ordinairement de sensation de choc.

Je nommerai l'ensemble des deux battemens et des deux intervalles de repos, un rythme du cœur. Chacun des quatre élémens qui le constituent prendra le nom de temps simple du rythme. Enfin les deux bruits seront distingués par leur ordre d'apparition en premier et second bruit, les intervalles de silence par leur grandeur, en petit et grand intervalle.

Chaque rythme du cœur correspond à une expansion du pouls; d'où il suit que si le pouls bat 60 fois par minute, l'oreille devra compter 60 rythmes du cœur dans le même temps.

Quelle que soit la région du corps où on explore le pouls, son expansion se fait pendant le petit intervalle de repos qui suit le premier bruit. On s'assure de la chose en auscultant le cœur, tandis qu'avec la main on va tâter tour-à-tour toutes les artères superficielles du corps.

L'expansion du pouls ne se fait pas précisément dans le même instant sur tous les points de la circulation, et les différences qu'on observe sont soumises à la loi suivante : *Plus l'artère qu'on explore est rapprochée du cœur, plus son expansion succède immédiatement au premier bruit; plus au contraire l'artère est éloignée, plus son expansion est près d'être isochrône au second bruit.*

On voit, d'après l'énoncé de cette loi, combien il est essentiel de noter, parmi les temps simples du rythme, le petit intervalle de repos qui sépare le premier du second bruit, puisque c'est durant son cours que se font toutes les expansions artérielles du corps. M. Laennec l'a négligé et l'a considéré comme nul; cette négligence résulte de l'erreur où il était en considérant le pouls comme isochrône au premier bruit. Il avait puisé cette fausse idée

dans Bichat, qui lui-même devait la déduire comme conséquence forcée de sa théorie de la circulation. C'est ici un exemple, entre bien d'autres, des erreurs que peuvent laisser dans les bons esprits eux-mêmes les théories non sanctionnées par l'examen attentif des faits, surtout quand ces théories sont l'œuvre des grands génies. Cependant tôt ou tard le vrai perce, et depuis Laennec, l'isochronisme a été révoqué en doute par quelques personnes : dans un mémoire lu à l'Académie royale de Médecine, M. Pigeaux signale très-positivement cette erreur. M. le docteur Rochoux, dans son article *Pouls* du *Dictionnaire de Médecine*, et même avant M. Pigeaux, se déclare aussi contre l'isochronisme du pouls et du cœur; il va même plus loin, et signale une différence entre les temps d'expansion de la carotide et d'une des tibiales. Mais ce ne sont là que des convictions isolées qui ne sont le partage que de quelques personnes auxquelles il est venu l'heureuse idée de soumettre cette assertion au creuset de l'expérience. Et malgré l'extrême simplicité de la vérification, la plupart des médecins, du moins en France, en sont encore à croire Bichat et Laennec sur parole.

Le défaut d'isochronisme est trop facile à constater pour qu'il soit nécessaire d'indiquer en détail les précautions à prendre lorsqu'on veut s'en assurer. Il suffit d'appliquer l'oreille sur la région du cœur pendant que d'une main on tâte le pouls, et on ne tardera pas à constater que la sensation de choc à l'oreille précède le choc des doigts par le pouls. Mais pour se convaincre de la vérité de la loi que je viens de poser, voici comment, je crois, il faut faire l'expérience. On marchera successivement des grandes aux petites différences. On choisira donc un sujet convenable, et j'entends par là, un individu chez lequel la circulation soit assez énergique pour que les bruits

du cœur et l'expansion des artères superficielles soient bien marqués. On commencera alors par tâter la pédieuse ou la tibiale pendant l'auscultation, et on s'appercevra de suite que s'il est un des bruits du cœur avec lequel le pouls tende à être isochrone, ce n'est assurément pas le premier, on croira même que c'est avec le second, quoique ce ne soit pas exactement vrai, mais la différence est si petite en pareil cas, qu'à la première expérience on ne la saisira pas. Que la main quitte cette artère pour s'appliquer sur l'origine de la carotide, on trouvera l'inverse, et il faudra une certaine attention pour ne pas confondre le pouls avec le premier bruit. Enfin si on va placer sa main sur la radiale, l'oreille restant toujours sur le cœur, on trouvera que très-manifestement elle bat après le premier bruit, mais tout aussi manifestement, qu'elle bat avant le second. En effet les pulsations de la radiale ont lieu dans le petit intervalle à-peu-près à égale distance des deux bruits. On pourra ensuite faire une sorte de contre-épreuve : cessant d'ausculter, on touchera d'une main la carotide, de l'autre la radiale, et on verra que la pulsation de la radiale est postérieure ; puis on transportera la main de la carotide sur la pédieuse et on verra que celle de la pédieuse est elle-même postérieure à la radiale. Quand après plusieurs essais on se sera convaincu de la vérité de ces résultats, on recherchera des différences encore plus petites, et on choisira deux artères dont les différences d'éloignement du cœur sont moins prononcées ; ainsi on touchera la temporale près de l'oreille et la radiale, et on verra encore que l'expansion de celle-ci est postérieure.

Indépendamment de la valeur de cette loi comme vérité, elle trouve son application dans la pratique, et peut servir lorsqu'elle est maniée par des sens exercés, à éclaircir des questions de diagnostic. Ainsi chez certains malades qui présentent des battemens insolites à l'épigastre,

veut-on savoir s'ils proviennent d'une extension des battemens du cœur ? Il suffira d'ausculter le cœur pendant qu'une main sera appliquée sur le siège des battemens ; s'il y a isochronisme avec le premier bruit, c'est le cœur ; s'il y a défaut, c'est le tronc cœliaque ou l'aorte ventrale. J'ai été plusieurs fois à même de résoudre facilement cette question. Il en est une autre qui ne s'est pas encore présentée à mon observation et dans laquelle peut-être, la connaissance des données précédemment posées serait d'un grand secours pour le diagnostic. Je veux parler du cas où il s'agirait de décider si une tumeur anévrysmale située au-dessus de la clavicule appartient à l'aorte ou à une de ses branches, la sous-clavière, la carotide. Peut-être dans le premier cas le toucher simultané de la sous-clavière du côté sain, et de la tumeur, laisserait-il appercevoir quelque différence ? Du reste, ce que j'en dis ici est plutôt pour fixer les yeux sur ce point, que pour rien préjuger : l'observation prononcera plus tard.

Enfin on sait qu'à la suite de l'oblitération d'un gros tronc artériel, les branches qui en naissent reçoivent le sang par une voie beaucoup moins directe, par les anastomoses. La route que parcourra le sang pour y arriver, devenant plus longue, nécessairement il y aura un retard dans l'expansion ; en comparant avec le côté sain on pourra savoir si ce retard est appréciable, et s'il l'est, on trouvera une nouvelle application de la loi que je viens de poser, un nouveau moyen de diagnostiquer les oblitérations artérielles. C'est encore ici une application que je n'ai pas eu l'occasion de faire, je me borne à la signaler afin de tenir l'attention éveillée sur ce point.

II.e Partie. — *Recherche des rapports qui lient le mécanisme du cœur avec les phénomènes qui résultent de l'auscultation de cette organe.*

J'ai exposé dans ce qui précède les principaux faits par

lesquels la circulation révèle son action aux sens de l'observateur. J'ai moins tenu à donner un cadre complet, qu'à choisir ceux de ces faits que mon observation m'a démontré différer des opinions généralement accréditées. J'en ai aussi donné d'autres qui, je crois, ne sont point connus encore, et parmi ces derniers j'en ai omis quelques-uns à dessein ; j'ai pensé mieux faire en les plaçant plus bas dans la discussion finale de la question qui va nous occuper.

Afin de procéder avec ordre, je vais commencer par exposer le mécanisme du cœur tel que nous le montre l'observation des animaux vivans, j'exposerai ensuite ce que m'apprend l'auscultation de ces mêmes animaux. Puis je décrirai les expériences au moyen desquelles j'ai constaté les vraies coïncidences qui existaient entre les phénomènes intérieurs et les bruits. Je discuterai la question de savoir s'il m'est permis de conclure de mes expériences à l'homme; enfin, je terminerai par la discussion qui aura pour but la recherche de la cause, et c'est dans cette dernière discussion que je passerai en revue les opinions des auteurs, leurs bases, et que je les comparerai entr'elles.

Si l'on met le cœur à découvert sur un chien ou un lapin, on voit qu'il se passe deux grands mouvemens distincts l'un de l'autre, l'un de contraction pendant lequel les ventricules se durcissent tous deux à la fois, l'autre de dilatation pendant lequel ils se distendent, mais présentent moins de dureté et donnent à la main qui les presse la sensation d'une vessie pleine de liquide. Ces deux sensations sont si distinctes qu'il est impossible, même à la première expérience, qu'on se méprenne sur la nature des phénomènes qui leur correspondent. Du reste, je ne fais ici que confirmer un fait dès long-temps passé dans la science en force de chose jugée. Ce que je veux seulement faire remarquer, c'est que c'est moins au change-

ment de volume qu'au changement de consistance, que j'ai pu reconnaître ces deux phénomènes. Pendant ces deux mouvemens que se passe-t-il dans les oreillettes ? La plupart des physiologistes veulent que pendant la systole les oreillettes se dilatent et que pendant la diastole elles se contractent. M. Laennec professa d'abord cette opinion, il la restreignit ensuite lorsque le travail de M. David Barry parut. Les expériences de ce physiologiste tendant à prouver que les oreillettes sont des espèce de réservoirs passifs dans lesquels les ventricules puisent pendant la diastole, M. Laennec n'admit que la contraction active des appendices circulaires, et c'est à eux seuls qu'il attribua le second bruit. M. Magendie est porté à considérer les oreillettes comme des sacs musculaires dans l'état naturel, mais purement passifs et élastiques toutes les fois que leur extensibilité a été portée à un degré un peu plus qu'ordinaire par l'abord d'une grande quantité de sang. Ce célèbre physiologiste ajoute que, quant aux contractions, il en a vu quelquefois deux pour une seule contraction des ventricules.

Ces diverses opinions étant connues, voici le résultat de mes propres observations. J'ai cherché plusieurs fois à voir la contraction des oreillettes, et je n'y ai jamais pu parvenir, ces deux cavités m'ont semblé toujours complètement immobiles. Les appendices auriculaires seuls m'ont paru doués d'un véritable mouvement de contraction, leur dilatation se faisant probablement d'une manière insensible et non instantanée, car je n'ai jamais pu la voir bien précisément. Après avoir vu, j'ai voulu toucher, afin de m'assurer si ce dernier sens ne me révélerait peut-être pas des phénomènes qui échappaient au premier. J'enveloppai donc les oreillettes avec la main en faisant ensorte de ne pas toucher les ventricules, afin que leurs mouvemens ne m'induisissent pas en erreur, et je ne pus

sentir de battemens manifestes que vers les appendices auriculaires. Ces appendices se contractaient et se dilataient quelquefois en mesure avec le cœur, et alors leurs contractions correspondaient aux dilatations du cœur, et réciproquement. Mais quelquefois aussi on observait parfaitement que deux et même trois contractions des appendices avaient lieu pour une dilatation du cœur; et alors ces mouvemens des appendices paraissaient incomplets et comme vermiculaires. Je dois faire remarquer en passant que je n'admets la dilatation des appendices que comme une nécessité qu'entraîne forcément l'existence bien démontrée d'une contraction; car je n'ai pu la percevoir ni au toucher, ni à la vue. Enfin, les deux mouvemens des ventricules étaient nets, brusques, bien circonscrits, et donnaient à ma main la sensation d'un choc; tandis que ceux des appendices, même quand ils étaient en harmonie d'action avec les ventricules, me paraissaient mous et si peu considérables, que je ne pouvais croire que de si faibles mouvemens pussent jamais donner lieu à un des bruits que perçoit l'oreille appliquée sur le thorax. Mais je ne veux pas anticiper ici sur la question des rapports que je vais examiner dans un instant. Pour m'assurer de ce que je viens d'annoncer, je ne me suis pas borné à observer une fois, j'ai sacrifié plusieurs animaux, et ce n'est qu'après avoir vu et revu que je me suis résumé. Ainsi il résulte de l'examen attentif des mouvemens du cœur, tels qu'on les observe chez plusieurs chiens et plusieurs lapins, qu'on peut diviser en deux périodes bien distinctes le temps qui s'écoule depuis le moment où on a mis le cœur à découvert chez un des animaux, jusqu'à leur mort complète. Dans la première période, qui correspond au temps pendant lequel la respiration s'exécute et où aucune des principales fonctions n'est suspendue, j'ai constamment observé ce qui suit : une contraction énergique et instantanée

des deux ventricules, suivie d'un fort petit intervalle de repos, après lequel vient immédiatement la contraction simultanée des deux appendices, contraction qui n'est nullement comparable à celle des ventricules pour l'intensité. Au moment même de cette contraction et tout-à-fait simultanément, les ventricules se dilatent, et se dilatent non pas lentement, mais tout aussi brusquement qu'ils se sont contractés un instant auparavant. Cette contraction des appendices, et la dilatation des ventricules sont suivies d'un instant de repos plus long que celui qui les précède, repos après lequel les ventricules recommencent à se contracter et ainsi de suite. Cette première période d'observation n'est jamais bien longue; chez le lapin elle dure un peu plus long-temps que chez le chien, parce que ce dernier n'ayant qu'une plèvre et point de médiastin, l'air ne tarde pas à circonvenir les deux poumons, et l'asphyxie en est le résultat. Dans la seconde période, qui dure depuis les premières angoisses de l'animal jusqu'à sa mort complète, tout se passe bien différemment. Ici on trouve de quoi vérifier toutes les assertions des auteurs; en effet, tantôt j'ai rencontré ce défaut d'harmonie entre les ventricules et les appendices que signale M. Magendie; c'est ainsi que j'ai vu deux et quelquefois trois contractions des appendices dans un seul rythme du cœur. D'autres fois j'ai remarqué une modification assez curieuse; l'ordre du repos s'intervertit; ainsi le petit repos vient à avoir lieu après la contraction des appendices, et le grand après celle des ventricules, de telle sorte qu'on est tenté de considérer la contraction auriculaire comme antérieure à celle des ventricules, et c'est tout justement ainsi qu'Harvey décrit le mécanisme du cœur. Peu-à-peu d'énormes intervalles, quelquefois de plusieurs secondes, s'interposent entre chaque rythme, l'agonie est à sa fin, déjà l'animal meurt, enfin des ondulations qui durent un certain temps

après la mort remplacent les contractions brusques. Ces choses posées on se rendra facilement compte des divergences entre les opinions des auteurs. Il est au moins fort probable qu'elles s'expliquent par l'instant choisi pour faire l'observation; et je crois que personne ne me blâmera de ne considérer comme une image fidèle de ce qui se passe pendant la vie, que ce que j'ai pu voir pendant que l'animal était réellement bien vivant, pendant que les principales fonctions s'exécutaient encore avec une certaine facilité.

Le mécanisme du cœur une fois constaté sur les animaux vivans, du moins chez le chien et le lapin, voyons ce que nous apprend l'auscultation et l'exploration du pouls chez ces mêmes animaux. Il faut peu de temps pour se convaincre que tout chez eux se passe comme chez l'homme. C'est ainsi que sur un chien on voit les quatre temps simples du rythme se succéder comme chez l'homme; un premier bruit, un petit repos, un second bruit, un grand repos, et ainsi de suite. Le pouls est en général plus fréquent; ainsi, sur les quatre chiens que j'ai sacrifiés aux expériences que je vais bientôt faire connaître, j'ai trouvé pour minimum 50 pulsations par minute, et pour maximum 120 à 130; mais à la rapidité près tout est de même. Le pouls bat toujours dans le petit intervalle, c'est-à-dire évidemment après le premier bruit et évidemment avant le second. Je n'étais pas seul pour constater tout cela, et mes collègues et amis qui ont bien voulu m'assister quelquefois dans mes expériences, ont pu aussi s'en convaincre; parmi eux je citerai MM. les docteurs Poiseuille et Robertson, MM. Maunoir, Piett et Thevenin, élèves en médecine. Je n'ai pas essayé de constater la coïncidence des derniers rameaux artériels des jambes comme je l'ai pu faire chez l'homme; sur ces animaux plus petits que l'homme, cet essai était difficile à tenter;

les artères sont petites; d'ailleurs, je n'en avais nul besoin pour les expériences que je voulais faire. Chez le lapin, la prodigieuse rapidité de la circulation rend l'observation bien plus difficile; lorsque je suis parvenu à compter assez exactement le nombre des pulsations dans la minute, j'en ai trouvé 250. Cependant, malgré cette promptitude, avec un peu d'habitude on parvient à distinguer dans le rythme du cœur les primes de battemens, et par conséquent les différences de dimensions des deux intervalles. Ce n'est même que par l'auscultation du cœur que j'ai pu évaluer les 250 pulsations, les artères superficielles étant trop petites chez ces animaux pour être senties avec précision.

Tous ces antécédens étant bien éclaircis et bien compris, c'est sur eux que je me base en partie pour aller à la recherche des vrais rapports qui lient les deux ordres de faits dont je viens de traiter successivement, le mécanisme du cœur et les phénomènes d'auscultation. Cette question, comme on ne tardera pas à le sentir, doit être subdivisée en deux parties: une première, qui consiste à rechercher les coïncidences; une seconde, qui a pour but la relation de cause à effet. Car de ce que deux faits coïncident, il n'en résulte pas nécessairement que l'un soit cause de l'autre; il peut y avoir un troisième, un quatrième fait, qui coïncide également. Je crois que dans les sciences qui dérivent des faits, on ne saurait mieux faire que de marcher avec lenteur et précaution; il faut faire dire aux faits tout et rien que ce qu'ils disent; ainsi, en précisant bien les limites des résultats obtenus, on risque moins d'exposer ceux qui viennent après, à tout démolir pour reconstruire à neuf. Je me suis donc demandé d'abord, quels sont les mouvemens qui se passent pendant le premier bruit, quels sont ceux qui ont lieu pendant le second. Après avoir résolu ce premier problême, j'ai pris à

tâche la recherche de la cause, c'est-à-dire, je me suis demandé laquelle de ces coïncidences devait être prise pour la cause. S'il n'y en a qu'une, c'est elle à coup-sûr; s'il y en a plusieurs, la question doit être discutée pour savoir où est la plus grande probablité. Or, à défaut de certitude, une probabilité a toujours sa valeur dans la science, quand on ne la donne que pour ce qu'elle vaut.

Avant d'aller plus loin, je dois ici l'avouer, mon opinion, sans être formée, avait puisé dans les faits antérieurs des présomptions en faveur des résultats que j'allais obtenir. Voici sur quoi elles étaient fondées : j'avais plus d'une fois rapproché dans mon esprit les faits que m'avaient fournis d'une part l'auscultation, de l'autre, l'inspection du mécanisme du cœur sur les animaux vivans, et je n'avais pu laisser échapper sans le remarquer le rapport frappant qui existe entre ces deux ordres de faits. A l'auscultation, j'observe : un premier bruit, un petit silence, un second bruit, un grand silence; en examinant les mouvemens du cœur, je vois : une contraction ventriculaire, un petit repos, une contraction des appendices, et simultanément une dilatation brusque des ventricules, un grand repos. Je place ici à dessein ces deux séries de faits dans l'ordre de succession où ils ont été observés. Or, je le demande, n'est-il pas nécessaire, si on veut que les deux petits repos coïncident entr'eux, que les deux grands repos se passent aussi dans un même instant; n'implique-t-il pas, dis-je, que le premier bruit se passe pendant la contraction ventriculaire et que le second bruit ait lieu pendant que d'une part les appendices se contractent, et de l'autre les ventricules se dilatent. Ce raisonnement, si l'on admet le principe qui en fait la base, c'est que les bruits ne peuvent correspondre qu'à des mouvemens et jamais à des repos de l'organe; ce raisonnement, dis-je, est de la dernière rigueur. Cependant, comme un physiologiste

n'est jamais aussi sûr que quand il a vu ou touché, je ne m'en suis pas tenu là, d'autant mieux que j'avais un moyen facile d'établir les coïncidences.

Voici comment j'ai procédé : j'ai pris un animal, un chien par exemple, j'ai rapidement constaté comme précédemment le premier et le second bruits. Je me suis aussi assuré que la crurale battait de suite après le premier bruit et immédiatement avant le second; puis j'ai lié le chien sur une table, j'ai mis à découvert une des crurales, afin de la trouver plus facilement au besoin. J'ai rapidement enlevé avec un sécateur la portion de côtes qui couvrait le péricarde; j'ouvris enfin ce dernier pour en dégager le cœur, et alors enveloppant d'une main les deux ventricules, touchant de l'autre la crurale, je trouvai que la contraction ventriculaire précédait le pouls, et que la dilatation suivait ce même pouls. De plus, les temps d'intervalle étaient sensiblement égaux deux à deux à ceux qui s'écoulaient tout-à-l'heure, entre le premier bruit et le pouls d'une part, le pouls et le second bruit de l'autre. J'en conclus donc ce que je n'avais fait que présumer, c'est que le premier bruit avait lieu pendant la contraction, et le second pendant la dilatation des ventricules. Je fis cette première expérience l'hiver dernier, dans le cabinet de M. Magendie, en présence de mes amis MM. Poiseuille et Robertson, qui purent se convaincre eux-mêmes du résultat que j'énonce ici. Je fis quelque temps après une seconde expérience, à la Pitié, sur deux chiens, que je sacrifiai l'un après l'autre à cette vérification. Déjà plus au fait, je pus m'assurer plus rapidement que la première fois de ce que j'avais trouvé dans ma première expérience; profitant alors d'un reste de vie, je passai rapidement aux oreillettes, je relevai donc le cœur, afin d'en appercevoir la face postérieure, seul côté où les oreillettes soient bien visibles. Ce fut en vain que mes yeux restèrent fixés sur

elles, je ne pus les voir, ni se contracter, ni se dilater ; je les touchai, et je ne fus pas plus avancé ; elles paraissaient presqu'inertes, les appendices seuls battaient pendant la dilatation brusque des ventricules. Je les saisis entre mes doigts, et je les sentis en effet se contracter, mais cette contraction, vu la petitesse des organes et la minceur de leurs parois, était très-peu intense et ne paraissait nullement de nature à pouvoir donner lieu à un bruit très-appréciable. Enfin, vinrent des intervalles de repos qui mirent fin à l'expérience ; le chien mourut environ dix ou douze minutes après l'ouverture du thorax. Je fis sur le second chien ce que j'avais fait sur les précédens, je constatai de nouveau ce qui a rapport aux ventricules ; mais je ne pus arriver à examiner les oreillettes et les appendices, car un bistouri imprudemment dirigé vers le cœur y fit une plaie pénétrante, d'où résulta une hémorrhagie mortelle. Il y a quelque temps, je répétai pour la quatrième fois cette expérience, sur un chien d'assez forte taille. Mes collègues et amis MM. Maunoir et Thévenin voulurent bien m'assister, et confirmèrent pleinement les coïncidences dont j'ai parlé tout-à-l'heure. J'ai donc considéré l'expérience comme épuisée, comme suffisamment confirmée, il me parut inutile de sacrifier plus d'animaux à la vérification des faits que je viens de faire connaître.

Mais avant de tirer des conclusions générales de ces quatre expériences, je dois me demander, si je puis en inférer du chien à ce qui se passe chez l'homme. Les rapports de presqu'identité que la physiologie expérimentale établit journellement entre les fonctions du chien, de plusieurs autres mammifères, et celles de l'homme lui-même, m'autoriseraient peut-être à faire ce rapprochement, mais une raison toute particulière me porte en outre à croire qu'ici surtout il est exact. C'est que l'auscultation et l'exploration du pouls nous fournissent, chez les animaux que

j'ai observés, les mêmes phénomènes que chez l'homme ; non-seulement les mêmes phénomènes, mais encore les mêmes rapports entre ces phénomènes : ainsi, même rythme du cœur, même rapport entre le pouls et les bruits du cœur.

Je conclus donc de ces quatre expériences la proposition suivante : *Le premier bruit du cœur se fait entendre pendant que les ventricules se contractent, frappent le thorax et chassent le sang dans l'aorte et l'artère pulmonaire. Le petit silence qui suit ce premier bruit a lieu pendant le petit instant de repos qu'on observe à la suite de la contraction des ventricules. Le second bruit s'entend pendant le double phénomène de la contraction des auricules, et de la dilatation des ventricules, c'est-à-dire pendant le passage du sang des oreillettes dans les ventricules. Enfin, le grand silence ou intervalle a lieu pendant le grand repos qu'on remarque après la dilatation des ventricules.*

Maintenant, reprenons à part chacun des bruits, afin de rechercher parmi les phénomènes qui coïncident dans le temps ceux qui doivent être considérés comme leurs causes.

Le premier bruit coïncide : avec la contraction des ventricules, avec le passage simultané du sang dans l'aorte et l'artère pulmonaire ; enfin, avec le choc de la pointe du cœur contre les parois du thorax. Voilà, ni plus ni moins, tout ce qui se passe pendant le premier bruit. De ces trois phénomènes, nous pouvons d'abord éliminer le passage du sang dans les deux artères précitées, car il est difficile de comprendre qu'un liquide lancé dans des tubes, et dans une direction telle que ce liquide ne fait que glisser sur les parois de ces tubes, sans aller directement choquer contr'elles, il est difficile, dis-je, de comprendre qu'un pareil phénomène donne lieu à un bruit énergique, instantané, et bien distinct. Mais restent encore deux phé-

nomènes; or, lequel des deux? Si l'on réfléchit que le choc contre le thorax n'a pas son correspondant pendant le second bruit, et que cependant l'analogie des bruits porte à penser qu'il y a analogie correspondante entre les causes qui les produisent tous deux, il en résulte qu'on sera porté à adopter comme cause du premier bruit la contraction des ventricules. A ces raisons, toutes de probabilité, s'en joignent encore d'autres tirées de la suffisance du phénomène pour expliquer le bruit. En effet, la contraction musculaire donne lieu à un bruit, quand on l'ausculte; ce bruit est confus, il est vrai, et nullement circonscrit; mais qu'a de particulier la contraction du cœur? c'est de se faire instantanément, et par conséquent beaucoup plus rapidement que celle des muscles de la vie de relation; or, le bruit qui coïncide a tout-à-fait les mêmes caractères, c'est d'être bien limité et nullement confus.

Le petit intervalle de silence coïncide, avons-nous dit, avec le petit repos qu'on remarque après la contraction. Ici, absence de mouvement, absence de bruit : donc il n'y a pas de bruit parce qu'il n'y a pas de mouvement, conséquence si rigoureuse qu'elle en est presque niaise.

Arrivons maintenant à la question la plus difficile, celle du second bruit; rappelons tout ce qui se passe pendant qu'il se fait entendre : les appendices auriculaires se contractent, les ventricules se dilatent, et les valvules sygmoïdes se ferment par conséquent, et présentent au sang de l'aorte et de l'artère pulmonaire un obstacle qui l'empêche de céder à l'aspiration des ventricules et de rentrer dans le cœur. Si le cœur a un mouvement de translation, il est assez obscur dans tous les cas il ne se fait pas contre les parois thoraciques; par conséquent on ne cherchera pas dans la translation, comme nous l'avons fait plus haut, une cause rendant raison du bruit. Parmi tant de mou-

vemens divers, comment trouver celui qui rend le mieux raison du bruit? Telle est la question. Avant d'entrer dans la discussion, je dois le dire, il n'y a pas ici de solution directe possible, et par conséquent pas de certitude complète à espérer. Pour cela il faudrait ausculter à part chacun de ces mouvemens, et les faire cesser tous excepté celui qu'on auscule; or, on en reconnaît aisément l'impossibilité. Mais je crois que la question est susceptible d'être serrée d'assez près pour permettre d'arriver à de très-fortes présomptions : et une probabilité a toujours sa valeur; elle ne la perd que quand on veut la faire passer pour plus qu'elle ne vaut. Commençons par les oreillettes. On se souvient de ce que j'ai dit de leurs contractions, de la faiblesse avec laquelle leurs appendices seuls agissent sur le sang qui passe dans les ventricules; on se rappelle que leur mouvement n'a ni énergie, ni étendue; qu'en un mot, quand la main les enveloppe, l'observateur de bonne foi ne peut pas concevoir facilement qu'un pareil phénomène s'entende à travers les parois de la poitrine, et s'entende surtout avec toute la clarté et la force du second bruit. Il le conçoit d'autant moins, qu'il a en même temps devant les yeux un phénomène incomparablement plus énergique. Ici l'observateur est obligé de donner, comme un de ses meilleurs argumens, une sensation dont un autre ne pourra apprécier la valeur qu'en se soumettant lui-même à cette sensation. C'est ce qui arrive plus d'une fois dans nos sciences. Il est pourtant des faits d'auscultation qui semblent militer fortement en faveur de la contraction des appendices. Ces faits, que j'ai bien constatés, et dont je n'ai vu nulle part l'énoncé dans les auteurs, pas même dans l'ouvrage de Laennec, sont les suivans : chez la plupart des individus dont le cœur paraît sain, lorsqu'on ausculte la région précordiale on remarque que c'est à l'endroit qui correspond à la pointe du cœur

ou fort peu au-dessus, qu'on entend au maximum le premier bruit, tandis que c'est environ trois pouces plus haut et à droite, chez les uns le long du bord gauche du sternum, chez d'autres sous le sternum lui-même, qu'on entend au maximum le second bruit. Autre fait tout aussi important : certains individus en général plus ou moins sujets aux palpitations, quelques-uns étant évidemment affectés de maladie du cœur, d'autres ne paraissant pas malades, présentent deux chocs manifestes contre le thorax; l'un a lieu pendant le premier bruit, l'autre pendant le second. Le premier frappe la main à la région de la pointe du cœur; l'autre plus haut, et dans la région que j'ai assignée tout à-l'heure au maximum du second bruit. De plus, l'oreille appliquée sur le lieu où se fait sentir ce second choc, perçoit le bruit et le choc tout à-la-fois, l'un et l'autre commencent et finissent ensemble. J'ai eu occasion de faire vérifier ce second choc à M. le professeur Andral, sur un jeune malade couché dans les salles à la Pitié. On conçoit aisément le parti que peuvent tirer de ces deux faits ceux qui placent la cause du second bruit dans les contractions auriculaires. Cela étant, je passe de suite à la seconde coïncidence, et je le fais à dessein, dans la persuasion où je suis que ces faits militent tout autant en faveur de la dilatation des ventricules. On sait que pendant la contraction des ventricules, le mouvement de translation du cœur se passe surtout vers le sommet du cœur, seule portion de cet organe qui soit libre de se remuer, car c'est la pointe, bien plus que toute autre partie, qui frappe en pareil cas le thorax, tandis que la face antérieure de la base du cœur, par la contraction, s'éloigne plutôt qu'elle ne se rapproche des parois thoraciques. Il n'est donc pas surprenant que ce soit par le lieu où le cœur se rapproche le plus du thorax, que l'oreille perçoive le mieux le bruit produit

par sa contr action. Mais dans la dilatation la pointe est revenue à sa place, la base ne s'approche pas en entier du thorax, mais se dilate et s'élargit par la quantité de sang qui aborde dans les ventricules, les parois antérieures de ces derniers sont poussées en avant et rapprochées des cartilages costaux et de la portion même du sternum qui leur correspond; il est donc tout naturel qu'on entende surtout la dilatation là où je l'ai indiquée précédemment. On comprend même qu'une exagération de ce mouvement ébranle, dans certains cas, le thorax vers le même point, et donne lieu à la sensation de choc dont j'ai déjà parlé. Cette difficulté aplanie, résolue, tout ce que j'ai pu observer sur la nature du mouvement de dilatation des ventricules, et dont j'ai parlé plus haut, est sans contredit beaucoup plus en faveur de la dilatation des ventricules que de la contraction des auricules. Ce choc vigoureux, cette force de dilatation, cette netteté et cette instantanéité avec lesquelles elle se produit, tout cela explique on ne peut pas mieux l'hypothèse qui consiste à placer la cause du second bruit dans la dilatation des ventricules.

Il existe encore une troisième opinion sur la cause de ce second bruit. Elle fut émise, il y a peu de mois, par le docteur Carswell, actuellement professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de Londres. L'occasion qui a donné lieu à cette nouvelle interprétation est un cas d'anévrysme de l'aorte avec tumeur à droite du sternum. Ce fait, que ce savant pathologiste a eu occasion d'observer l'hiver dernier dans les salles de M. Louis, est aussi à ma connaissance. J'étais alors attaché à ce service, et j'eus, par conséquent, le bonheur d'observer le malade en question. Le cœur ne donnait pas de choc très-sensible contre le thorax. L'auscultation de cet organe à la région même du cœur, ne faisait entendre que très-faiblement

les bruits accoutumés. Mais à mesure qu'on s'approchait du bord droit du sternum, les deux bruits devenaient plus éclatans, et enfin ce n'était qu'en appliquant l'oreille sur la tumeur anévrysmale, qu'on entendait au maximum les deux bruits. En outre, en regardant attentivement la tumeur, et mieux encore en appuyant la main sur elle, on sentait un mouvement alternatif de choc et de retrait. J'ai été témoin d'un autre fait analogue aussi cet hiver, dans les salles de M. Rostan. Ici on concevait assez bien que l'aorte se trouvant très près de la peau, le bruit ventriculaire se transmît plus facilement par son canal qu'à travers l'épaisseur des parois ventriculaires, comme cela a lieu ordinairement lorsqu'on applique l'oreille sur la région du cœur. Mais il était difficile d'expliquer comment, dans l'opinion reçue, le bruit attribué aux oreillettes se transmettait aussi facilement par la tumeur qu'à travers les parois thoraciques, nonobstant l'éloignement et les deux séries de valvules qui nous en séparaient. Cette difficulté porta M. Carswell à penser que le second bruit pourrait bien ne devoir sa cause qu'au choc en retour du sang contre les valvules sigmoïdes, au moment où les ventricules se dilatent. L'espèce de retrait qu'on observait alors sur la tumeur, paraissait un indice de l'existence même de ce choc en retour. Mais d'abord le phénomène qui a donné lieu à cette explication me paraît simple, et tout aussi facile à comprendre dans l'hypothèse de la dilatation des ventricules; car si le son se transmet mieux par le canal de l'aorte que directement à travers l'épaisseur des tissus, il est naturel que la dilatation des ventricules se transmette aussi bien par cette voie, que leur contraction, les deux phénomènes se passant aux portes de l'aorte. D'un autre côté, il serait difficile de se rendre compte de la plupart des faits précédens, par l'hypothèse de M. Carswell. Ainsi, comment expliquer ce choc du

thorax pendant le second bruit? Il faudrait pour cela que l'origine de l'aorte fût anévrysmatique, comment parviendrait-elle autrement à toucher immédiatement et à repousser les parois du thorax? Or, quoique je n'aie pas été à même de faire l'autopsie de la plupart de ceux chez lesquels j'ai rencontré cette particularité, j'ai pu quelquefois m'assurer, qu'en pareil cas, l'aorte était parfaitement saine, mais que les ventricules étaient gros, présomption de plus en leur faveur. Or, si ce sont les ventricules qui, par leur dilatation, produisent ce choc, il en résulte encore une probabilité de plus en faveur de l'hypothèse qui les considère comme la cause du second bruit, surtout quand, en plaçant l'oreille sur le lieu où ce choc se fait, on perçoit une simultanéité parfaite pour la longueur du temps entre le choc et le bruit. Je conclus donc de cette longue discussion, que de toutes les hypothèses qu'on peut faire pour expliquer le second bruit, celle qui rend le mieux compte des faits, et même plus, celle qui seule rende bien compte des faits connus, est celle qui en place la cause dans la dilatation des ventricules.

Enfin, le grand silence ou intervalle reconnaît pour cause le repos du cœur après la dilatation ventriculaire, repos qui est plus long que le précédent.

Me voici arrivé au terme de ce mémoire. Après avoir établi un certain nombre de faits relatifs, soit aux phénomènes par lesquels la circulation se révèle au-dehors, soit aux relations qui lient ces mêmes phénomènes entr'eux, j'ai cherché les rapports qui existaient entre le mécanisme du cœur et le rythme fourni par l'auscultation de cet organe. Ce problême était double; je devais chercher d'abord les coïncidences, puis voir entre ces dernières lesquelles étaient cause des bruits et des silences; voilà pourquoi j'ai subdivisé la question en deux ques-

tions secondaires. Je vais terminer en me résumant, c'est-à-dire, en donnant les conclusions que je crois pouvoir tirer de tout ce travail.

1.° Dans l'état normal, chaque rythme du cœur est composé de quatre temps simples et non pas de trois, comme on l'a pensé jusqu'ici d'après Laennec. Ces quatre temps sont d'après leur ordre d'apparition : le bruit sourd ou premier bruit, un petit intervalle de silence, le bruit dit clair ou second bruit, et un intervalle de silence plus long que le précédent.

2.° Toujours dans l'état normal, on trouve que le premier bruit s'entend au maximum au niveau ou fort peu au-dessus du lieu où la pointe du cœur choque le thorax ; tandis que le maximum du deuxième bruit s'entend trois pouces plus haut et plus à droite, chez les uns vers le bord gauche du sternum chez d'autres sous le sternum lui-même.

3.° Chez certains individus présentant, les uns, des symptômes évidens d'affection du cœur, d'autres seulement quelques palpitations légères, d'autres enfin absence plus ou moins complète d'indices de cette affection, on rencontre, indépendamment du choc contre le thorax qui coïncide avec le premier bruit, un second choc coïncidant avec le second bruit. En pareil cas, lorsque ces deux chocs ne se sentent pas dans une grande étendue, chacun d'eux se perçoit vers le lieu assigné au maximum du bruit qui lui correspond.

4°. Chez les sujets dont la circulation paraît saine, toutes les expansions artérielles du corps se font pendant le petit intervalle de silence qui succède au premier bruit ; petit intervalle qui jusqu'ici a été négligé ou considéré comme nul.

5.° Les expansions artérielles ne sont pas elles-mêmes isochrones les unes aux autres, et les différences qu'on

observe sont soumises à la loi suivante : plus l'artère qu'on explore est rapprochée du cœur, plus son expansion succède immédiatement au premier bruit ; plus au contraire l'artère est éloignée, plus elle est près d'être isochrone au second bruit. Indépendamment de l'importance de cette loi comme vérité constatée, elle peut servir à éclaircir certaines questions de diagnostic.

6°. Il résulte de l'expérience directe et indirecte, les coïncidences suivantes entre les phénomènes d'auscultations et les phénomènes physiologiques du cœur. Le premier bruit se fait entendre pendant que les ventricules se contractent, frappent le thorax avec leur pointe, et chassent le sang dans l'aorte et l'artère pulmonaire. Le petit silence qui suit le premier bruit a lieu pendant le petit instant de repos qu'on observe à la suite de la contraction des ventricules. Le second bruit se fait entendre pendant le double phénomène de la contraction des auricules et de la dilatation des ventricules, c'est-à-dire pendant le passage du sang des oreillettes dans les ventricules, et pendant cet instant aussi, les valvules sygmoïdes se ferment, et présentent au sang des artères un obstacle qui l'empêche de céder à l'aspiration des ventricules. Enfin, le grand silence qui suit le second bruit coïncide avec le grand intervalle du repos qu'on observe vers le cœur, à la suite des divers actes simultanés que l'on remarque pendant le second bruit.

7.° Si de l'étude des coïncidences on passe à la recherche des causes, on trouve, que, de tous les phénomènes qui se passent pendant le premier bruit, c'est la contraction des ventricules qui rend le mieux raison de ce premier bruit ; que le petit silence qui vient après, s'explique nécessairement par le repos du cœur pendant son cours ; que des phénomènes qui coïncident avec le deuxième bruit, le seul qui, considéré comme sa cause, rende com-

plètement raison des faits connus, c'est la dilatation des ventricules ; qu'enfin le long silence qui vient après, s'explique nécessairement par le repos du cœur pendant sa durée.

Observations de maladies des organes digestifs promptement mortelles; par MM. Boileau *et* Colin, *D. M. à Nancy.*

Le 25 août 1831, le docteur Colin et moi reçûmes l'invitation du commissaire de police de la ville de Nancy, de constater, par l'examen du cadavre, la cause de la mort de Charlotte Louyat, âgée de 20 ans, demeurant dans la même ville, faubourg Saint-Pierre, N.° 77, et de Barbe Flambeau, âgée de 65 ans, grand-mère de la précédente, demeurant même faubourg, N.° 91. Ces deux individus sont morts sans avoir paru précédemment malades, et sans avoir reçu les secours de la médecine. Nous ne pourrons raconter l'histoire de leur courte maladie que d'après les renseignemens fournis par des personnes étrangères à la science.

Observation de Charlotte Louyat. — Il nous a été dit que vers le 14 ou le 15 août 1831, cette fille a eu des vomissemens qui n'ont duré qu'un jour, et qui ne l'ont pas empêché de vaquer à ses occupations habituelles ; que depuis quelque temps elle paraissait triste, ennuyée ; qu'elle avait des pressentimens sinistres, mais qu'elle avait continué à vivre comme à son ordinaire, d'un régime fort irrégulier, dans lequel elle faisait entrer l'usage de beaucoup de fruits à noyaux. Cette fille attendait ses règles vers l'époque du 20 août; comme elles n'eurent pas lieu, elle chercha à les provoquer par l'usage du vin chaud; cette liqueur parut déterminer une soif tellement

la plus grande partie de son étendue. La membrane muqueuse enlevée, on voyait au-dessous d'elle une fort belle arborisation bleuâtre dans l'épaisseur des deux autres tuniques de l'organe.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle était rouge, sensiblement ramollie, nuancée de jaune dans certains points, paraissant saine dans quelques autres; elle était recouverte d'une espèce de bouillie rougeâtre, semblable à celle trouvée dans l'estomac. Huit vers lombrics étaient contenus dans l'intestin grêle; l'un d'eux, plus volumineux, a exécuté des mouvemens spontanés très-apparens. La membrane muqueuse des gros intestins, examinée dans toute son étendue, était peu altérée au voisinage du cœcum, dans le colon ascendant et transverse; mais elle était rouge, tuméfiée dans le colon descendant, dans la portion désignée sous le nom d'S iliaque et dans le rectum; elle contenait dans son intérieur une quantité peu considérable de matières fécales d'une consistance ordinaire, ainsi que deux petits vers lombrics.

La vessie était petite, contractée; elle renfermait dans sa cavité quelques gouttes d'un liquide purulent; sa membrane muqueuse était rouge et épaissie dans quelques points.

L'utérus, un peu plus volumineux que de coutume, de consistance ordinaire, présentait à la coupe un tissu bleuâtre parsemé de petits points noirs formés par des gouttelettes de sang.

Les organes placés dans les cavités thoraciques n'ont présenté aucune lésion remarquable.

La tête n'a pas été ouverte.

Observation de Barbe Flambeau, grand-mère de Charlotte Louyat. — Cette femme, comme nous l'avons dit, était âgée de 65 ans. Quoiqu'elle ait été affectée dans le cours de sa vie de plusieurs maladies de la poitrine, et

qu'elle ait été assujettie à des battemens de cœur; elle avait conservé jusqu'à sa mort un embonpoint considéradérable. Les personnes qui vivaient avec elle ont cru remarquer que depuis l'époque du 14 ou du 15 août elle avait du dévoiement accompagné de quelques coliques, mais elle continuait à vaquer à ses occupations domestiques. Le 22 août à deux heures du matin, elle accusa de fortes douleurs dans la région des reins, elle éprouva des coliques abdominales avec des déjections alvines fréquentes. A sept heures du matin, elle était levée, et prit son café avec l'apparence de l'appétit. Après son déjeuner, elle s'occupa de sa cuisine, mit son pot au feu. A onze heures, elle éprouva des tremblemens dans les membres, avec la sensation d'un froid considérable. A midi et demi elle avait expiré.

Examen du cadavre, le 23 août à cinq heures du soir, vingt-huit heures et demie après la mort. — Habitude extérieure. — Le cadavre était gras et bien en chair. La peau était couverte de taches livides, violacées; le ventre très-météorisé, sonore à la percussion.

Cavité abdominale. — Les parois de l'abdomen incisées, il s'écoula quatre à cinq onces de sérosité d'un rouge très-foncé. L'estomac était très-vaste, distendu par une grande quantité de gaz : les intestins grêles en étaient également remplis. Les gros intestins, aplatis, contenaient très-peu de fluides élastiques. La membrane séreuse de l'estomac était rouge dans toute son étendue. La membrane extérieure de l'intestin grêle présentait également beaucoup de rougeurs, nuancées de taches jaunâtres dans certains points, violacées dans d'autres. La membrane extérieure des gros intestins paraissait peu altérée. La membrane muqueuse de l'estomac était rouge dans toute son étendue, plus foncée dans certains points, avec une apparence de gonflement; elle ne paraissait pas ramollie

comme dans le cas précédent ; elle ne se détachait pas lorsqu'on la grattait. Le lavage diminuait très-peu l'intensité de sa couleur. La membrane interne du duodénum était très-altérée ; elle était rouge, épaissie : les valvules conniventes étaient tuméfiées, d'apparence fongueuse, ramollies ; un certain nombre se détachait en les essuyant, sous la forme d'une bouillie couleur lie-de-vin. Dans l'intervalle de ces replis, la membrane muqueuse était un peu moins rouge et moins altérée. On remarquait des lésions semblables dans toute l'étendue du jéjunum. La membrane muqueuse de l'iléon était généralement rouge, mais sans ulcérations. Dans l'estomac et les intestins grêles, se trouvait une substance de la consistance d'une bouillie claire, d'un rouge obscur, d'une odeur très-fétide. Cette substance a été recueillie avec soin et renfermée dans un flacon, pour être soumise à l'analyse chimique, dont nous ferons connaître le résultat à la fin de l'observation. La membrane interne du gros intestin était peu altérée dans toute son étendue. Les altérations pathologiques finissaient à la valvule iléo-cœcale. Il n'existait aucune perforation dans toute l'étendue du canal digestif. Les épiploons gastro-splénique et gastro-hépatique étaient injectés en rouge. On remarquait entre les lames du mésentère du sang extravasé en nappe. Dans toute l'étendue de ce repli péritonéal, le grand épiploon était aussi injecté. La rate était peu altérée ; mais le foie était le siége d'une altération fort remarquable : il était de volume ordinaire ; sa surface extérieure était noire comme de l'ébène. Incisé dans tous ses points, il présentait la même coloration, et laissait échapper une liqueur écumeuse, comme de l'eau de savon agitée dans l'air ; son tissu était plus fragile que dans l'état physiologique.

Poitrine. — Le parenchyme du poumon gauche était sain ; sa membrane séreuse avait contracté de nombreuses

adhérences avec la plèvre costale correspondante. La substance du poumon droit était encore crépitante, perméable à l'air dans sa partie centrale; elle était compacte à sa circonférence; la plèvre qui le recouvrait était adhérente dans tous ses points avec les parties voisines, telles que la plèvre costale correspondante, le péricarde et le diaphragme; cette cloison musculo-membraneuse paraissait confondue intérieurement avec le poumon droit et le foie. Le cœur, presque doublé de volume, paraissait peu épaissi; ses cavités, très-amples, étaient vides de sang; elles ne présentaient aucune altération; il en était de même de l'origine des gros vaisseaux.

Tête. — La dure-mère paraissait peu altérée; l'arachnoïde, généralement transparente, laissait apercevoir au-dessous d'elle la pie-mère dont les vaisseaux étaient dilatés et remplis d'un sang noir. La substance cérébrale, d'une consistance ordinaire, présentait à la coupe de nombreuses gouttelettes de sang noirâtre. Il n'existait point de sérosité dans les ventricules. Les plexus choroïdes étaient injectés d'un sang très-foncé, couleur lie de vin.

Certificat donné par M. F. Simonnin, pharmacien à Nancy, constatant les épreuves chimiques faites sur la liqueur trouvée dans les organes digestifs de Barbe Flambeau, et les conséquences qu'il en a déduites.

« Je soussigné F. Simonnin, pharmacien à Nancy, ayant reçu de M. Colin, docteur-médecin, demi-bouteille contenant quelques onces d'un liquide qu'il me dit avoir recueilli dans les organes digestifs d'une femme nommée Barbe Flambeau, dont il venait de faire l'ouverture conjointement avec le docteur Boileau, j'ai, sur son invitation et celle de M. le commissaire de police, procédé à son examen de la manière ci-dessous mentionnée.

» La bouteille contenait environ six onces de liquide,

d'une couleur chocolat, trouble, visqueux, moussant par l'agitation et le détachement d'un gaz assez abondant pour faire sauter le bouchon : il exhalait une odeur infecte de matière animale au plus haut degré de putréfaction.

» Je partageai cette liqueur en deux portions à-peu-près égales, et je procédai, sur l'une d'elles, aux essais suivans :

» Sa viscosité l'empêchant de passer à travers un filtre, ou de laisser reposer les substances qui la troublaient, je l'étendis de plusieurs fois son poids d'eau distillée ; elle louchit fortement et laissa flotter à sa surface des globules de matière d'apparence graisseuse, et que je reconnus ensuite être effectivement de nature grasse ; mis sur un filtre, ce liquide est devenu légèrement opalin, d'une couleur jaune sale, en déposant sur le filtre des débris de membranes et cette substance grasse dont je viens de parler.

» Ce liquide rougit sensiblement le papier bleu.

» Chauffé, une grande quantité de matière albumineuse se coagula et se troubla. Essayé successivement par l'eau de baryte, l'eau de chaux, l'acide nitrique, l'infusion de noix de galle, l'ammoniaque liquide, l'hydrogène sulfuré, l'hydrosulfate d'ammoniaque, l'hydrocyanate de potasse ferrugineux, le sulfate de cuivre ammoniacal, ces différens réactifs n'y produisirent aucun changement notable.

» Le nitrate d'argent y fit naître un précipité abondant, d'un blanc sale, insoluble dans un excès d'acide, soluble dans l'ammoniaque.

» Voulant m'assurer si ce précipité était dû à de l'acide hydrochlorique libre, ou à des hydrochlorates souvent contenus dans les liquides animaux, je mis une portion de la liqueur dans une petite cornue de verre, et je distillai à une douce chaleur, fractionnant les produits et les essayant à mesure ; pendant la plus grande partie de l'opé-

ration, je n'obtins qu'un liquide fortement ammoniacal; ce fut seulement lorsque la liqueur de la cornue vint à s'épaissir que le produit commença à rougir le papier de tournesol; je continuai l'opération pendant quelque temps, pour me procurer une quantité suffisante de liqueur acide, et concentrer celle de la cornue.

La liqueur acide, produit de la distillation, rougissant le papier bleu, d'une odeur ammoniacale, limpide comme de l'eau, se montra sans action sur les différens réactifs employés; le nitrate d'argent n'y produisit aucun précipité, et je crus pouvoir attribuer l'acidité de cette liqueur à de l'acide acétique formé probablement par la décomposition des matières animales; je m'en assurai tout-à-fait en saturant cet acide avec du sous-carbonate de soude; j'obtins un sel présentant les caractères d'un acétate alcalin.

» La matière restée dans la cornue, résidu de la distillation, de consistance sirupeuse, fut étendue avec un peu d'eau distillée, puis filtrée, pour en séparer quelques flocons albumineux; elle avait alors une odeur nauséeuse, faible, rougissant fortement le papier réactif; quoique rapprochée autant que possible, elle se comportait avec les réactifs absolument de la même manière qu'avant.

» Voulant m'assurer que les substances salines et organiques de cette liqueur n'étaient pas un obstacle à la manifestation des phénomènes décélant les matières vénéneuses, j'y mêlai une quantité de matière déterminée, moins de 0,0001 d'arsenic, de deuto-chlorure de mercure, dont alors la présence fut accusée par les réactifs employés et cités ci-dessus.

» Le reste de la liqueur, mise à évaporer et desséchée entièrement, donne un extrait de couleur chocolat, cassant à froid, se ramollissant au feu à la manière des résines, brûlant avec une flamme vive, mais sans répandre

d'odeur étrangère à celle qu'exhalent les matières animales en combustion, et sans laisser de traces métalliques sur une lame de cuivre bien décapée exposée à sa vapeur.

» D'après ces expériences, répétées plusieurs fois avec toute l'attention possible, je crois pouvoir en conclure qu'aucune substance vénéneuse métallique ne se trouvait dans le liquide qui m'a été remis. »

Nancy, le 28 *août* 1831.

La promptitude et la presque simultanéité de la mort de deux individus de la même famille, avaient excité la surprise du faubourg et même de la ville de Nancy. Quoique l'on n'ait pas aperçu de motifs d'intérêt ou de haine suffisans pour faire soupçonner un empoisonnement, la police a voulu être éclairée sur ce point, et savoir si l'on pourrait reconnaître par l'ouverture des corps de ces individus la cause d'une mort aussi prompte qu'imprévue. En conséquence de l'invitation qui nous en a été donnée, nous avons procédé à l'ouverture de ces cadavres.

Chez Charlotte Louyat, nous avons trouvé les traces d'une inflammation de l'estomac, avec un ramollissement tellement considérable de sa membrane muqueuse, qu'elle se détachait facilement de la tunique musculeuse. Cette altération était, à n'en point douter, le résultat d'une inflammation; la rougeur, la tuméfaction et le développement des vaisseaux capillaires environnans en sont des preuves irrécusables. Cette inflammation seule avait déterminé une désorganisation assez considérable pour entraîner la mort; celle-ci a dû être d'autant plus prompte, que l'inflammation occupait un plus grand nombre d'organes à-la-fois. La membrane interne de l'intestin grêle était vivement phlogosée dans certains points; dans d'autres elle était peu altérée. Il en était de même de la membrane muqueuse du gros intestin. Enfin la vessie et la

matrice étaient aussi vivement affectées. Ces lésions ne nous ont pas paru, au moment de l'ouverture du corps, être le résultat d'un empoisonnement. Notre opinion a été fondée sur les raisons suivantes : si des inflammations aussi considérables avaient été occasionnées par un agent délétère, cet agent n'eût pu être qu'un poison irritant. Les altérations pathologiques qu'un semblable agent aurait pu produire, auraient dû décroître par des nuances insensibles de l'estomac à la fin du canal digestif; ce n'est point ce qui a été observé : les parties enflammées étaient séparées par des parties saines. La fin du canal digestif était plus altérée que certains points intermédiaires. En outre, il m'a paru qu'une substance assez active pour faire succomber dans quelques heures une jeune fille bien constituée, aurait dû à plus forte raison faire périr tous les vers contenus dans le canal digestif, et nous avons vu que l'un d'eux était encore bien vigoureux 26 heures après la mort. Ayant éloigné de notre esprit l'idée d'un empoisonnement, comment expliquer une mort aussi prompte? Le public n'a pas manqué de l'attribuer au choléra morbus. Quant à nous, nous ne voyons dans cette maladie qu'une inflammation extrêmement violente des organes digestifs, qui a débuté avec des symptômes peu considérables, s'est accru progressivement sous l'influence d'un mauvais régime, et a acquis subitement, avec l'usage du vin chaud, un degré d'intensité tellement considérable que la mort en a été promptement la suite. On pourra m'objecter que, pour qu'une maladie semblable, chez un jeune sujet, fasse des progrès aussi rapides, on doit admettre quelque chose de spécifique dans la cause qui lui a donné naissance. Je répondrai que dans ce cas je n'admets aucune cause spécifique, ayant une manière d'agir différente des modificateurs hygiéniques ordinaires; mais que je crois que les tissus organiques sont plus irri-

tables que dans d'autres années, que le système nerveux surtout, continuellement excité par l'électricité atmosphérique, perçoit vivement les impressions extérieures et intérieures, et réagit de même (1). Je crois aussi que les productions végétales de cette année n'ayant pas atteint une bonne maturité, fournissent un aliment mal sain, dont l'impression sur les membranes muqueuses digestives est souvent nuisible, et dont l'absorption fournit un chyle qui modifie d'une manière désavantageuse la composition du sang, et secondairement celle des organes. C'est à cette double cause, à la stimulation produite par un air atmosphérique continuellement électrique, et à l'usage d'un régime mal sain, que j'attribue la prédisposition désavantageuse dans laquelle se trouvent les organes; prédisposition telle, que la cause occasionnelle la plus légère suffit pour y développer des inflammations très-violentes et promptement funestes.

Si l'ouverture du corps de Charlotte Louyat ne nous a laissé aucun soupçon d'empoisonnement, il n'en n'a pas été de même de l'autopsie cadavérique de Barbe Flambeau. Dans celle-ci nous avons vu les traces d'une inflammation, avec désorganisation dans certains points, occupant la totalité de l'estomac et de l'intestin grèle, pour se terminer à l'origine du gros intestin. On eût dit que l'on suivait les traces d'un poison dans l'action aurait été épuisée à la fin de l'intestin grèle. Aussi avonsnous recueilli avec le plus grand soin, la totalité des

(1) Cette théorie peut être juste, mais rien ne prouve que l'air atmosphérique possède des conditions électriques différentes de celles des précédentes années. Il en est de même de quelques-unes des autres causes assignées aux particularités qu'ont offertes quelques maladies citées par l'auteur. Au reste, les observations de même genre ne nous semblent pas assez nombreuses pour que l'on ne voie pas dans ces cas des accidens purement individuels. (*N. du R.*)

substances contenues dans l'estomac et l'intestin grèle, afin de les soumettre à l'analyse chimique. M. Simonin, chimiste aussi habile que pharmacien distingué, a bien voulu se charger de cette analyse, qui a été rapportée précédemment, et dont il est résulté qu'aucune substance vénéneuse de nature métallique n'a été ingérée dans les organes digestifs de Barbe Flambeau. Si cette femme eût succombé à un poison narcotique, on n'aurait pas trouvé les traces d'une phlegmasie aussi épouvantable dans les viscères abdominaux. Un poison irritant pris dans le règne végétal aurait communiqué aux alimens ou aux boissons auxquels il eût été mêlé une saveur assez prononcée pour que Barbe Flambeau s'en fût apperçue; aussi croyons-nous devoir écarter tout soupçon d'empoisonnement et considérer la mort comme le résultat d'une inflammation extrêmement violente des organes digestifs et de leurs annexes.

Nous rapprocherons de ces deux observations, l'ouverture du corps d'un individu mort à l'hôpital St.-Charles, pratiquée en notre présence, le 28 août à 6 heures du matin. Cet homme, qui paraissait âgé d'environ 45 ans, n'avait vécu que quelques heures après son arrivée dans cet établissement. Il continuait encore à travailler, lorsqu'il fut pris subitement d'une forte douleur abdominale; cette douleur augmenta, s'accompagna de vomissemens fréquens, qui continuèrent jusqu'à la mort qui eut lieu 24 à 36 heures après l'invasion apparente de la maladie.

Habitude extérieure. — Peau de couleur ordinaire, muscles bien dessinés.

Abdomen. — On a trouvé dans la cavité abdominale, un épanchement d'un fluide épais qu'on a reconnu être formé par des matières fécales. La membrane extérieure de l'estomac était peu altérée. Les intestins grèles dis-

tendus par du gaz; leur membrane séreuse était de couleur rosée, avec injection vasculaire dans la plus grande partie de leur étendue; il y avait quelques points de couleur livide, un seul endroit présentait une tache noire. La surface extérieure du cœcum paraissait fortement altérée: on remarquait sur un point de la circonférence de cet intestin, une surface violacée, amincie, et dans le centre une perforation de deux à trois lignes environ de longueur sur une ligne de largeur. Le reste de la membrane extérieure du gros intestin était inégalement altérée. La membrane muqueuse de l'estomac paraissait légèrement phlogosée. La membrane interne du duodénum était saine. On remarquait, dans différens points du jéjunum et de l'iléon, des traces d'inflammation. La membrane interne du cœcum était très-altérée; elle était épaissie dans certains points, amincie dans d'autres, avec une apparence de ramollissement de couleur livide. Dans le centre d'un des points ramollis, on remarquait l'orifice interne de la perforation dont nous avons parlé, avec amincissement de ses bords. La membrane interne du colon ascendant était épaissie au point de faire paraître l'intestin rétréci. Dans l'arc transverse du colon, on remarquait une tuméfaction avec rougeur et ramollissement de la membrane muqueuse. Le colon descendant et l'S iliaque, ainsi que le rectum, offraient des altérations analogues.

La surface du foie était bleuâtre; le parenchyme de de l'organe paraissait sain; la vésicule du fiel était remplie d'une bile d'un jaune de safran très-foncé. La rate, les reins, la vessie, étaient dans l'état normal.

Cette observation, rapprochée des deux précédentes, tend à prouver que cette année, les maladies, légères en apparence, ont une grande tendance à faire des progrès et à prendre une terminaison fâcheuse. Cette disposition

des organes n'est pas exclusive à ceux qui sont renfermés dans les cavités, elle se fait remarquer également dans ceux qui sont placés à l'extérieur.

M. G. B... se blesse légèrement l'extrémité du doigt indicateur de la main droite; de la douleur survient, cette douleur fait des progrès rapides; des sangsues sont appliquées autour du mal, sans procurer de soulagement. Une incision profonde est pratiquée le long de la phalange onguéale : des bains émolliens, des cataplasmes de même matière sont mis en usage : le mal fait des progrès et ne tarde pas à affecter une terminaison gangréneuse; la gangrène s'étend jusqu'au milieu de la première phalange où elle se borne. L'amputation du doigt est pratiquée dans l'articulation de la première et de la deuxième phalange. Des abcès se forment à la paume et sur le dos de la main. Enfin la guérison complette de l'inflammation et de l'amputation n'a eu lieu que vers la mi-juillet, deux mois et demi après le commencement du mal. J'ai soigné un grand nombre de panaris, sans que j'aie jamais observé jusqu'alors une semblable terminaison : à quoi tient une terminaison aussi fâcheuse? Est-elle due à une disposition individuelle seulement, ou bien à des causes générales susceptibles d'imprimer aux organes une modification telle qu'ils s'affectent plus facilement et que les maladies ont plus de tendance à y faire des progrès funestes? Je suis porté à admettre cette opinion, non-seulement d'après les faits cités, mais aussi d'après un grand nombre d'autres qui leur sont analogues, parmi lesquels je rapporterai le suivant. Une dame âgée de 25 à 26 ans, est affectée, dans les premiers jours de septembre, de vomissemens et de diarrhée : ces phénomènes persistent pendant deux jours : le troisième jour ils font de grands progrès, les déjections alvines deviennent extrêmement fréquentes et douloureuses, et la malade ne tarde pas à

expirer. Il ne doit donc plus y avoir de doute que cette année imprime aux maladies un caractère fâcheux ; que l'on doit prendre toutes les précautions possibles pour se soustraire à l'influence des causes nuisibles et mettre à contribution tout ce qui peut être utile : c'est afin de faire sentir cette nécessité, dont nous sommes très-convaincus, que nous cherchons à donner de la publicité à ces observations et aux réflexions qu'elles nous ont suggérées.

Mémoire sur l'orchite blennorrhagique ; par M. A. Gaussail, interne des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société anatomique ; Mémoire qui a obtenu une double médaille d'encouragement à la Société de Médecine de Toulouse (1).

En parcourant les traités de maladies vénériennes, même le plus récemment publiés, on trouve à peine quelques pages consacrées à la description de l'inflammation du testicule et du cordon des vaisseaux spermatiques, inflammation qui constitue cependant la complication la plus fréquente de la blennorrhagie. Quelques lacunes et quelques inexactitudes se font remarquer dans les descriptions qu'en ont données les auteurs ; ainsi, presque tous ont passé sous silence ses caractères anatomiques. Un assez grand nombre de faits observés l'année dernière, à l'hôpital des vénériens, m'a mis à même de composer ce travail, qui présentera, je pense, un tableau complet et exact

---

(1) Avant de livrer ce Mémoire à l'impression, j'ai dû en retrancher quelques considérations que comportait sa première destination, mais qui lui donnaient peut-être trop d'étendue, et qui d'ailleurs s'éloignant un peu du sujet, ou se trouvant généralement indiquées dans les ouvrages, n'offriraient que peu d'intérêt aux lecteurs.

de cette affection. Avant d'aborder son histoire, je crois nécessaire de dire quelque chose des diverses dénominations qui lui ont été imposées; je regarde aussi comme important d'établir quelques considérations statistiques résultat de mes observations, et qui seront un point de départ vers lequel je reviendrai quelquefois dans ma description.

§ I. *Dénomination de la maladie.* — Les noms de hernie humorale, de gonorrhée tombée dans les bourses, de testicule vénérien, par lesquels on a tour-à tour désigné l'inflammation du testicule survenant pendant la durée d'une blennorrhagie, donnent une idée fausse de la nature de cette affection, et doivent être abandonnés. Je ne chercherai pas à signaler l'inconvenance de ces diverses dénominations, je ferai seulement remarquer par un exemple, qu'il est plus important qu'on ne le pense au premier abord, de ne pas s'en servir : ainsi, celle de testicule vénérien, que l'on trouve dans quelques auteurs modernes, a l'inconvénient, d'après le sens attaché en pathologie au mot *vénérien*, de conduire à un traitement spécial, à l'emploi des préparations mercurielles, que je crois au moins inutiles, comme je tâcherai de le démontrer ailleurs.

La dénomination d'orchite, du mot grec ορχις, orchis, et de la terminaison *ite* dont on se sert généralement aujourd'hui pour désigner une affection inflammatoire, n'est pas entièrement juste, car elle n'embrasse que l'affection du testicule; mais elle donne une idée exacte de la nature de la maladie, elle ne conduit pas à un traitement spécial, elle évite l'emploi d'une périphrase, et sous ces rapports il convient de l'adopter, en lui donnant toutefois une extension qu'elle n'a pas, c'est-à-dire en lui faisant désigner l'inflammation du testicule de l'épididyme et du conduit déférent.

§ II. *Considérations et résultats statistiques.* — Nom-

bre total des blennorrhagies observées pendant les huit premiers mois de l'année 1830, dans une portion du service de M. Cullerier, contenant cent-vingt malades, 147. — Blennorrhagies existant avec d'autres symptômes d'infection syphilitique, tels que chancres, phimosis, bubons, etc., 68. — Blennorrhagies existant seules au moment de l'entrée des malades dans l'hôpital, 11. (1). — Parmi les 68 blennorrhagies existant avec d'autres symptômes syphilitiques, 2 seulement ont été compliquées d'orchite. Parmi les blennorrhagies existant seules lors de l'entrée des malades, 3 nous ont offert cette complication. — Enfin, nous avons observé 68 blennorrhagies existant sans autres symptômes syphilitiques, et compliquées d'orchite au moment de l'admission des malades. — Nombre total des orchites, 73. — Orchites du côté droit, 45. — Du côté gauche, 24. — Doubles, 4. — Orchites produites par une cause appréciable, plus ou moins énergique, 51. — Orchites survenues sans cause déterminante appréciable, 22. — Orchites survenues pendant les deux mois les plus froids de l'année (janvier et février), 28. — Orchites survenues pendant deux autres mois de l'année, qui en ont offert le plus, mais pendant lesquels la température

(1) Je dois faire remarquer ici que généralement on ne reçoit pas dans l'intérieur de l'hôpital les individus affectés de blennorrhagie simple; on les traite à la consultation. Parmi ces onze malades admis par des considérations particulières, trois ont été affectés d'orchite pendant leur séjour à l'hôpital; les autres ont été guéris sans avoir présenté de complication. Ce nombre est trop peu considérable pour établir les rapports de l'orchite à la blennorrhagie. En faisant de nouvelles recherches sur les registres de la consultation, je me suis convaincu qu'ils ne pouvaient servir à établir ces rapports aussi exactement que je l'avais pensé d'abord, parce que plusieurs malades sont perdus de vue avant leur entière guérison. Je crois cependant que sur huit ou dix blennorrhagies, il y en a une qui se complique d'orchite.

n'était pas froide et sèche (avril et mai), 19. — Orchites survenues pendant la première semaine après l'invasion de la blennorrhagie, 5. — Pendant la deuxième semaine, 4. — Pendant la troisième semaine, 5. — Pendant la quatrième semaine, 16. — Pendant la cinquième et la sixième semaine, 39. — Deux mois après, 2. — Trois mois après, 1. — Cinq mois après, 2. — Sept mois et demi après, 1. — Cas dans lesquels l'écoulement urétral a été entièrement supprimé lors de la manifestation de l'orchite, 4. — Cas dans lesquels l'écoulement et les autres symptômes de la blennorrhagie ont diminué d'une manière plus ou moins notable lors de la manifestation de l'orchite, 67. — Cas dans lesquels l'écoulement et les autres symptômes de la blennorrhagie ont persisté avec la même intensité lors de l'apparition de l'orchite, 2. — Cas dans lesquels l'écoulement et les autres symptômes de la blennorrhagie ont diminué d'une manière progressive, et se sont dissipés entièrement, sous l'influence des moyens dirigés contre l'orchite, 30. — Cas dans lesquels l'écoulement a persisté après la guérison de l'orchite, et dans lesquels aussi on a eu recours à des moyens convenables pour le faire cesser, 43. — Orchites aigues guéries sans passer à l'état chronique, 51. — Orchites aigues passées à l'état chronique, 9. — Orchites à l'état chronique, lors de l'entrée des malades, 13. — Durée moyenne de la maladie, abstraction faite de l'état chronique, 35 jours. — Dans presque tous les cas, la maladie s'est terminée par une résolution incomplète. L'épididyme conservait un engorgement plus ou moins considérable, tantôt douloureux à la pression, tantôt indolent, lorsque les malades sont sortis de l'hôpital. Mais à part cette persistance de l'engorgement, que l'on pourrait à la rigueur considérer comme une terminaison, par le passage de la maladie à l'état chronique, j'ai été à même d'observer les terminaisons suivantes : ter-

minaison par suppuration, 1. — Par dégénérescence tuberculeuse des testicules et par la mort, 1. — Par l'accumulation de sérosité dont on pouvait constater la présence dans la tunique vaginale, à l'aide d'une lumière artificielle, quoiqu'elle fût peu abondante, et qu'elle se soit rapidement résorbée, 7. — Par une hydrocèle véritable, qui plus tard a nécessité la ponction, 1. — Cas de gangrène du scrotum, 1. Cette gangrène doit plutôt être considérée comme un accident que comme une terminaison de la maladie, puisqu'elle s'est manifestée dans les premiers jours; il doit même en être toujours ainsi, comme je le dirai ailleurs.

§ III. *Nature de la maladie, et caractères anatomiques.* — Pendant long-temps, on a pensé que sous l'influence d'une cause quelconque, capable de supprimer entièrement un écoulement urétral, ou d'en diminuer la quantité, la totalité ou une partie de la matière de cet écoulement se portait sur les testicules, et produisait l'engorgement inflammatoire de ces organes. C'est là ce qui a accrédité la dénomination *de chaude-pisse tombée dans les bourses*, qui ne doit plus figurer aujourd'hui que dans le langage vulgaire. Astruc pensait que l'inflammation des testicules et des cordons spermatiques dans la *gonorrhée* était due à l'accumulation de la semence dans les vaisseaux séminifères, accumulation facilitée par le mélange *de particules virulentes* à la liqueur séminale qui se trouvait ainsi épaissie. On a reproduit de nos jours cette explication, en faisant toutefois abstraction de l'épaississement du sperme par des particules virulentes. Ainsi, l'on a prétendu que chez des individus habitués à de fréquentes déperditions spermatiques, et se trouvant dans un état de continence forcée pendant la durée de la blennorrhagie, le fluide séminal s'accumulait de proche en proche dans les vésicules qui lui servent de réservoir,

dans les canaux déférens, dans le testicule, et déterminait l'inflammation de ces parties. Si cette explication était entièrement vraie, on devrait également observer l'orchite dans tous les autres symptômes syphilitiques, pendant la durée desquels les malades sont généralement continens. Elle ne doit cependant pas être entièrement rejetée, parce qu'elle nous met sur la voie pour arriver à une autre explication qui me paraît plus satisfaisante. Ainsi, on se serait, je crois, bien plus rapproché de la vérité, si l'on avait dit que l'inflammation secondaire des testicules est due à ce que l'action sécrétoire de ces organes se trouve notablement augmentée pendant la durée d'une blennorrhagie. Tachons de donner quelques développemens à cet égard.

Pendant la durée d'une blennorrhagie, les douleurs et les érections qui accompagnent cette affection, excitent directement les testicules et augmentent leur action. Aussi observe-t-on que sans que, ces organes soient réellement malades, ils sont plus ou moins douloureux à la pression, les malades y ressentent du malaise, de la pesanteur, qui se propagent le long des cordons spermatiques, jusques dans l'abdomen. Cette sympathie entre l'urètre et les testicules est d'ailleurs mise hors de doute dans d'autres circonstances. Ainsi, l'on voit souvent leur inflammation déterminée par la présence de sondes ou de bougies dans ce canal. L'action des testicules étant augmentée, le sperme est sécrété en plus grande quantité, peut-être est-il secreté avec des qualités plus irritantes, qui déterminent l'inflammation des vésicules dans lesquelles il va séjourner. Ce ne serait pas là le seul exemple que nous offrirait l'économie, d'une fonction physiologique qui, se trouvant accrue, ne tarde pas à donner lieu à des phénomènes morbides. L'on voit souvent pendant la durée d'une blennorrhagie, les évacuations sper-

matiques spontanées apporter un certain soulagement, et faire cesser presqu'entièrement cet état de malaise des testicules que j'ai signalé plus haut; et cette circonstance, confirmée par l'observation, me paraît propre à donner quelqu'autorité à l'explication que je viens de développer. Toujours est-il que l'on peut avancer, que toutes les fois que la membrane muqueuse de l'urètre devient le siége d'une irritation ou d'une inflammation quelconque, les testicules se trouvent par cela même, dans un état d'imminence morbide. Ce fait une fois posé, nous comprendrons plus aisément comment ces organes s'enflamment sous l'influence de la cause la plus légère.

Si l'orchite était toujours le résultat d'une métastase, on devrait, ce me semble, observer toujours la cessation brusque de l'écoulement blennorrhagique, et il est loin d'en être ainsi dans la généralité des cas. Je n'ai pas observé plus de quatre fois cette cessation brusque et complète de l'écoulement. Il arrive quelquefois que l'inflammation passe d'un testicule à l'autre, j'ai eu occasion de voir se faire jusqu'à trois et même quatre fois ce transport de l'inflammation d'un testicule à l'autre. En résumé, quoique l'orchite produite par une véritable métastase soit rare, il n'en faut pas moins admettre que cela peut avoir lieu, comme le prouvent quelques faits observés avec soin, et la circonstance de la guérison, déterminée dans ces cas par le retour de la blennorrhagie. Je crois que c'est ici le lieu de citer sommairement une observation qui me paraît digne d'intérêt, quoique la métastase ne se soit pas faite d'abord sur le testicule. Un homme d'une forte constitution, affecté depuis peu d'une blennorrhagie peu intense, se présente à la consultation de l'hôpital; on lui prescrit des boissons rafraîchissantes, émulsionnées, et des bains locaux émolliens; il est débarrassé de son écoulement au bout de deux mois. A cette époque, il

se donne un coup à la partie inférieure de la jambe droite, il se forme un phlegmon qui plus tard se convertit en abcès; cet abcès fournit pendant trois mois une suppuration abondante, elle se tarit presque subitement au bout de ce temps, et alors le testicule du même coté s'enflamme, devient douloureux, au point de nécessiter l'entrée du malade à l'hôpital, où j'ai pu l'observer et me procurer ces renseignemens.

L'orchite est bien plus souvent le résultat du déplacement de l'irritation urétrale, sous l'influence d'une cause physique qui a agi directement sur le testicule. Mais dans les cas même où le testicule a éprouvé une violence physique évidente, le déplacement complet de l'irritation ne s'ensuit pas toujours, puisqu'on ne voit pas entièrement disparaître l'écoulement qui l'a caractérise; disons aussi que dans beaucoup de cas, aucune cause physique n'a agi sur le testicule, et qu'on doit chercher ailleurs l'explication de l'inflammation secondaire dont il est le siége; or, nous ne pouvons la trouver que dans l'extension de l'inflammation, se propageant de proche en proche aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, aux conduits déférens et aux testicules.

J'ai dit plus haut que les douleurs et les érections fréquentes qui accompagnent la blennorrhagie, agissent sur le testicule et augmentent son action; je dois ajouter ici, que ces circonstances contribuent puissamment à produire l'extension de l'inflammation urétrale. J'ai acquis la conviction que les choses se passaient ainsi dans quelques cas où j'ai vu l'orchite se manifester chez des individus qui, soit à cause d'une maladie étrangère, soit à cause de l'intensité de la blennorrhagie, gardaient le repos au lit. Dans ces cas, j'ai en quelque sorte saisi le travail morbide sur le fait; j'ai vu l'engorgement inflammatoire se propager successivement du cordon spermatique à l'épididyme,

et de celui-ci au testicule. En interrogeant avec soin un assez grand nombre de malades, j'ai pu me convaincre que, chez eux, l'inflammation des testicules avait commencé dans le cordon des vaisseaux spermatiques, et que ce n'était qu'après, mais bien peu de temps après avoir ressenti de la pesanteur, ou des douleurs plus ou moins vives dans l'une des aines, que le testicule du même côté était devenu plus volumineux et douloureux. En admettant cette explication, on est porté à se demander pourquoi l'inflammation ne s'étend pas toujours aux deux vésicules séminales, aux deux conduits déférens et aux deux testicules? mais sait-on mieux en vertu de quelle loi l'organe pulmonaire, exposé dans toute son étendue à l'action d'une cause morbifique, ne se trouve le plus souvent affecté que d'un seul côté, et dans une étendue assez bornée? On se demande aussi pourquoi l'inflammation urétrale ne s'étend pas à son début, lorsqu'elle est très-intense? Il est bien vrai en effet que l'orchite ne s'observe guère que lorsque les symptômes inflammatoires de la blennorrhagie ont perdu de leur intensité. Mais n'avons-nous pas vu dans les considérations statistiques, que l'orchite ne survient presque jamais, lorsque des chancres, un phimosis ou tout autre symptôme syphilitique, existe en même temps que la blennorrhagie? Ici, le travail qui tendrait à propager l'inflammation primitive au testicule, se trouve empêché par l'intensité même de cette inflammation. Il doit en être de même dans la blennorrhagie simple à l'état très-aigu.

Cette explication n'est pas nouvelle; elle se trouve confirmée par l'autorité de Swédiaur, qui avait été à portée d'en vérifier l'exactitude sur lui-même; mais elle paraît avoir été un peu négligée par les auteurs qui ont écrit récemment sur les affections syphilitiques; je crois cependant qu'il est important d'y insister, parce qu'elle peut fournir quelques données thérapeutiques.

Existe-t-il quelque chose de semblable chez la femme, ou, en d'autres termes, la suppression d'un écoulement vaginal, ou l'extension de l'inflammation, peut-elle déterminer des lésions secondaires dans les ovaires que l'on considère comme les analogues des testicules ? C'est une question que l'on est porté à se faire, lorsque l'on étudie la nature de l'affection qui fait le sujet de ce travail. Mon collègue et ami Cullerier m'a communiqué le cas d'une tumeur survenue dans l'ovaire droit à la suite de la suppression d'un écoulement blennorrhagique traité par le copahu, dans sa période d'acuité. Cette tumeur se termina par un abcès dont le pus se fit jour par le rectum et sortit avec les selles. Ce fait isolé ne peut pas être d'une grande valeur, et je le cite seulement pour appeler l'attention sur des cas semblables qui pourraient se présenter. Pendant que j'ai été chargé du service des femmes, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de signaler l'extension de l'inflammation de la muqueuse vaginale à l'utérus et surtout au col de cet organe ; mais je n'ai jamais observé de cas semblable à celui que je viens de citer. Il est vrai que toutes les conditions qui facilitent la production de l'orchite manquent chez la femme ; ainsi, la situation profonde des ovaires place ces organes à l'abri des violences extérieures ; les parties ne sont pas disposées de la même manière ; l'inflammation, occupant d'abord une plus grande surface, est moins disposée à s'étendre, et si elle s'étend, on conçoit comment cela a lieu en effet, qu'elle affecte plus particulièrement l'utérus, qu'elle se borne à cet organe, qu'elle se prolonge à l'état chronique, et qu'elle y détermine plus tard des désorganisations plus ou moins profondes. Je passe maintenant à l'anatomie pathologique de l'orchite.

Il ne faut pas s'étonner que l'on n'ait eu pendant longtemps que des idées inexactes sur la nature de l'affection

qui nous occupe, et que son siège primitif au moins ne se trouve pas encore rigoureusement indiqué, puisqu'on ne trouve pas dans les ouvrages spéciaux la description des altérations pathologiques qu'elle détermine dans les parties qu'elle affecte. Hunter est à-peu près le seul auteur qui parle et d'une manière assez vague encore, de la dilatation variqueuse des veines du cordon et du testicule, de pus formé vers la partie antérieure de cet organe enflammé, d'adhérences entre la tunique vaginale et l'albuginée. Il est vrai que pour avoir occasion de faire des recherches nécroscopiques, il faut que les sujets affectés d'orchite succombent pendant sa durée à une maladie étrangère, ou bien que des altérations organiques préexistantes, ou des dispositions individuelles impriment à cette affection un caractère particulier, et que les désordres généraux qui en sont la suite finissent par occasionner la mort. Ces circonstances doivent être rares : elles ne se sont présentées que trois fois pendant l'année que j'ai passée à l'hôpital des Vénériens.

Dans un de ces cas, l'individu, lors de son entrée à l'hôpital, était affecté depuis dix jours d'un engorgement inflammatoire de l'épididyme et du cordon testiculaire droit; cinq jours après, cet engorgement s'était porté sur les mêmes parties du côté gauche. Le toucher faisait reconnaître un engorgement dur, presqu'indolent, et borné aux cordons spermatiques et aux épididymes. Le malade, privé en partie de ses facultés intellectuelles par suite d'un arachnitis aigu qui causa la mort, ne put donner sur les circonstances de l'écoulement blennorrhagique qui était très-peu abondant, et sur celle de l'affection secondaire, tous les renseignemens désirables. Quoi qu'il en soit, l'autopsie nous démontra les désordres suivans : les vésicules séminales, sensiblement plus développées que dans l'état naturel, présentaient au toucher une résistance

insolite bien remarquable. La partie de ces réservoirs qui avoisinait les canaux éjaculateurs, surtout du côté gauche, était très-injectée et d'un rouge tirant sur le noir. Dans leur intérieur se trouvait une grande quantité de matière d'un blanc-jaunâtre, légèrement granulée. Les deux conduits déférens étaient augmentés de volume dans toute leur étendue; leur cavité était diminuée et comme obstruée par de la matière en tout semblable à celle des vésicules. Les petits vaisseaux qui rampent autour de ces conduits paraissaient plus rouges et plus dilatés que dans l'état ordinaire. Les deux épididymes étaient volumineux, durs; leur surface, d'une couleur rouge lie-de-vin, qui ne se propageait pas sur le testicule. Ces altérations étaient plus marquées sur l'épididyme gauche que sur le droit: l'un et l'autre contenaient dans leur centre de la matière analogue à celle renfermée dans les vésicules. Les testicules avaient leur volume ordinaire, et ne présentaient d'autre lésion qu'une injection marquée des petits vaisseaux qui allaient se ramifier dans l'épaisseur du testicule gauche, et une petite quantité de sérosité roussâtre dans sa tunique vaginale. Les portions bulbeuse et prostatique de l'urètre offraient de légères traces d'inflammation; il en existait aussi qui indiquaient une phlegmasie à l'état chronique, sur quelques points de la face interne de la vessie.

Ces résultats cadavériques permettent de penser que dans ce cas les vésicules séminales ont été le point de départ de l'irritation inflammatoire qui s'est ensuite propagée par continuité de tissu. Mais ce fait serait plus concluant, si nous avions eu des renseignemens antérieurs moins vagues.

Dans un autre cas, le malade entra à l'hôpital avec une orchite du coté droit, qu'il disait exister depuis quatre ou cinq jours; le testicule avait un volume double de

celui qu'il présente dans l'état ordinaire; le cordon spermatique était dur et engorgé. Ce malade succomba au bout de huit jours à une fièvre ataxique dont il offrait déjà quelques symptômes lors de son entrée; cette affection grave empêcha de diriger des moyens curatifs contre l'orchite. A l'ouverture du cadavre, je trouvai les vésicules séminales distendues par une grande quantité de sperme plus épais qu'à l'ordinaire, mais ne présentant pas cette couleur jaunâtre signalée dans le cas précédent. Le conduit déférent gauche était engorgé, mais cet engorgement ne s'étendait pas au-delà de l'ouverture postérieure du canal inguinal; celui du côté droit l'était, au contraire, dans toute son étendue; ses parois étaient épaissies, sa cavité diminuée; sa surface était rouge, parsemée de vaisseaux très-apparens; les veines spermatiques semblaient un peu dilatées. L'épididyme du même côté était doublé de volume et très-dur. Le volume, également double, du testicule, tenait en partie à l'accumulation d'une sérosité trouble, épaisse, légèrement sanguinolente, qui s'écoula quand la tunique vaginale fut incisée; alors le volume du testicule diminua notablement; la tunique albuginée paraissait plus épaisse; sa surface était parsemée d'un grand nombre de petits vaisseaux s'irradiant en divers sens, et formant un réseau serré et bien appréciable. La substance propre du testicule n'était pas altérée d'une manière notable; elle offrait seulement une consistance plus grande; sa coloration semblait aussi plus foncée. Des traces d'inflammation, consistant en une injection vasculaire serrée, furent remarquées dans toute l'étendue de l'urètre; elles étaient plus marquées à la portion bulbeuse et prostatique. Cette circonstance indiquait de quelle manière avait été produite l'inflammation du testicule droit.

Enfin, dans le troisième et dernier cas, la maladie fut

en quelque sorte la cause de la mort. Le malade, d'une constitution lymphatique, avait eu dans sa jeunesse des engorgemens scrofuleux. Il avait eu en outre, jusqu'à l'âge de 27 ans, deux affections syphilitiques pour lesquelles il avait suivi un traitement mercuriel méthodique. Lorsqu'il entra à l'hôpital le 27 janvier, il était affecté d'une blennorrhagie qui, après un mois et demi de durée et de traitement par les bains locaux et les boissons émollientes, se compliqua, sans cause appréciable, d'un engorgement du testicule droit, de l'épididyme et du cordon du même côté. Les moyens convenables furent mis en usage, les symptômes inflammatoires diminuèrent d'abord, mais les parties restèrent engorgées; bientôt elles devinrent le siége de douleurs sourdes lancinantes, la tuméfaction alla en augmentant, les douleurs devinrent continuelles, la constitution du malade se détériora rapidement, un abcès fort étendu se développa dans l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure, un dévoiement colliquatif vint se joindre à tous ces désordres, les forces s'affaiblirent graduellement, et le malade succomba le 13 mai. Depuis long-temps la rétention presque complète des urines, la difficulté du cathétérisme, lorsque cette opération devint nécessaire, et, de plus, la tuméfaction que l'on sentait en introduisant le doigt dans le rectum, avaient fait reconnaître un engorgement de la prostate. Cinq ou six jours avant la mort, l'introduction de la sonde devint plus facile; une grande quantité de pus sortit avec les urines; en même temps l'exploration par le rectum permit de constater que la tuméfaction de la prostate ne se faisait pas sentir comme auparavant. A l'autopsie, nous trouvâmes la prostate presqu'entièrement détruite, les granulations qui composent cette glande n'existaient plus; ses couches les plus extérieures étaient condensées et formaient une poche contenant du pus

épais grumelé, et de l'urine. La vessie, dont la capacité était notablement diminuée par l'épaississement de ses parois, communiquait par son bas-fond avec la cavité accidentelle de la prostate; la membrane muqueuse présentait des plaques saillantes rouges et érodées à leur surface. L'urètre offrait quelques ulcérations peu profondes dans sa portion spongieuse; la portion membraneuse avait été envahie par la désorganisation, et était confondue dans la poche prostatique accidentelle.

De la matière tuberculeuse ramollie se trouvait dans l'épididyme du côté droit; cette même production morbide se rencontrait aussi dans le testicule, mais elle paraissait comprimer seulement la substance propre de cet organe, sans en altérer la texture; la tunique vaginale épaissie contenait une petite quantité d'une matière épaisse et glutineuse. Le conduit déférent était considérablement tuméfié dans toute son étendue, il se rendait à la vésicule séminale qui était hypertrophiée, et présentait quelques petits foyer de pus. Les poumons contenaient, vers leurs partie supérieure, des tubercules disséminés et à divers états.

Je dois mentionner ici un état morbide particulier, qui, quoique non appréciable par les sens, et se présentant rarement à l'observation, ne mérite pas moins de fixer l'attention des praticiens, je veux parler de ces douleurs atroces, intolérables, qui ont leur siège dans les aines, dans le scrotum, mais plus particulièrement dans les testicules, et qui se manifestent le plus souvent après la suppression d'un écoulement blennorrhagique. M. Cullerier a cité dans l'article *Blennorrhagie* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, le cas d'un malade affecté de ces douleurs, et qui demandait avec instance qu'on lui enlevât les testicules. Peu de temps après la publication de cet article, nous avons observé un cas à peu-près ana-

logue ; les douleurs n'étaient peut-être pas aussi intolérables ; elles avaient cependant déterminé une réaction sur toute l'économie, qui aurait fini par être compromise si on n'était heureusement parvenu à les faire cesser. J'indiquerai plus tard, en rapportant quelques autres circonstances de ce fait, quels sont les moyens thérapeutiques qu'il convient d'employer dans des cas semblables. L'invasion plus facile de ces douleurs, chez les individus doués d'une constitution nerveuse, leur diminution par l'emploi des moyens que l'on met en usage avec succès contre certaines névralgies, semblent indiquer la nature de cet état morbide.

§ IV. *Étiologie.* — Il existe, chez certains individus, des dispositions le plus souvent inappréciables, et qui rendent presqu'inévitable l'invasion de l'orchite, malgré que l'on ait dirigé contre la blennorrhagie, dans son état d'acuité, les moyens les plus énergiques et les plus rationnels. Ordinairement, on observe cette particularité chez des sujets qui ont été affectés d'orchite antérieurement ; il est facile alors de se rendre raison de cette tendance des parties à devenir le siège d'une maladie semblable ; mais elle s'observe, quoique moins fréquemment à la vérité, dans les cas d'une première infection blennorrhagique ; elle s'est montrée d'une manière évidente chez les trois malades affectés de blennorrhagie simple, qui s'est compliquée d'orchite après leur admission dans les salles, et alors l'explication devient plus difficile.

Les circonstances sous l'influence desquelles l'orchite se développe, et qui ont été précédemment indiquées, constituent les causes prédisposantes de cette affection. Elles sont suffisantes pour donner lieu à sa manifestation, et il faut bien qu'il en soit ainsi, lorsqu'il est impossible de saisir aucune autre cause, lorsque par exemple la maladie se développe pendant que les individus gardent le repos au lit.

Toutefois, il est vrai de dire qu'il existe des causes vraiment déterminantes; les unes ayant assez d'énergie pour produire l'orchite à elles seules, et abstraction faite en quelque sorte des dispositions; les autres ayant au contraire une action si faible, qu'elles resteraient peut-être sans résultat si les dispositions n'existaient pas.

Les violences extérieures, les divers exercices physiques, qu'il est inutile d'énumérer, sont souvent suivis de la manifestation de l'orchite, surtout quand les malades négligent de soutenir les testicules à l'aide d'un suspensoir. Nous avons vu à l'hôpital des vénériens un tailleur qui fut pris d'une orchite gauche, après avoir resté quelques heures assis sur une table, pendant qu'un garçon frappait dessus, avec le fer dont se servent ces ouvriers. La compression, insensible d'abord, mais éprouvée pendant un certain temps par l'un ou l'autre testicule, lorsque l'on croise les jambes l'une sur l'autre, dans la position assise, m'a paru dans quelques cas être la cause déterminante de l'orchite. Elle peut aussi se manifester à la suite d'efforts violens; j'ai vu un fort de la halle qui en fut affecté immédiatement après s'être chargé d'un poids de trois cent livres dans une position défavorable.

L'orchite est plus fréquente à droite qu'à gauche, malgré que l'on ait prétendu le contraire dans un ouvrage publié de nos jours. Le testicule droit, en raison de sa situation plus élevée, est plus exposé à l'action de certaines causes comprimantes. M. Desruelles attribue la plus grande fréquence de l'affection du côté droit, à l'habitude qu'ont les militaires de porter la verge et les bourses à gauche; dans cette position, le testicule droit, dit cet auteur, se trouve placé au devant du gauche, et plus exposé à l'action des causes extérieures. Toujours est-il que le fait existe, quelle qu'en soit la raison.

L'impression du froid a été signalée depuis long-temps

comme cause déterminante de l'orchite. Cette affection a été observée plus fréquemment pendant les deux ou trois premiers mois de l'année 1830, ce qui porte à penser que l'action de cette cause est plus énergique qu'on ne pourrait le croire d'abord. Toutefois, ces mêmes observations m'ont prouvé que c'était plus particulièrement le froid sec très-intense, et non, comme on l'a dit, le froid humide, qui avait une influence notable sur la manifestation de l'orchite. M. Lisfranc dit que les individus affectés de blennorrhagie doivent éviter *d'uriner au coin des rues et en plein vent*, pour se mettre à l'abri de l'inflammation des testicules. Le froid agit ici comme un répercussif ou comme un irritant direct des testicules; mais je crois que le plus souvent il détermine l'extension de l'inflammation urétrale vers ces organes.

L'orchite survient souvent à la suite d'injections irritantes dans l'urètre, ou de l'emploi des purgatifs et des balsamiques dans la période d'acuité d'une blennorrhagie. La fréquence de cette cause m'a été démontrée par les renseignemens de plusieurs malades; trois d'entr'eux surtout m'ont assuré que lors de leur première infection blennorrhagique ils avaient été traités à Montpellier, et que l'inflammation de l'un ou l'autre testicule avait suivi de près l'administration du poivre cubèbe. Loin de moi cependant l'idée de vouloir blâmer une méthode de traitement introduite par un professeur justement célèbre; je crois au contraire qu'elle peut avoir des succès réels: mais seulement, comme le pense M. le professeur Marjolin, dans cette courte période de la blennorrhagie qui précède la manifestation des symptômes inflammatoires, et qu'il faut savoir bien saisir.

Les écarts de régime, l'usage des alcoholiques déterminent encore assez souvent l'orchite. Ce genre de causes m'a paru produire principalement cette affection par ces-

sation totale et définitive de l'écoulement. Un excès de boissons, lorsque la période inflammatoire est passée, pourrait bien avoir des résultats plus avantageux; tout le monde sait que les militaires et les gens du peuple suivent souvent cette pratique pour se débarrasser d'une blennorrhagie; heureux ceux qui se trouvent dans des dispositions favorables lorsqu'ils ont recours à de pareils moyens.

Je n'ai que peu de renseignemens positifs relativement à l'influence du coït sur la production de l'orchite; dans trois ou quatre cas seulement elle m'a paru avoir été déterminée par cet acte; cette rareté tient sans doute à ce que les malades ne s'y livrent pas lorsqu'ils sont affectés d'une blennorrhagie récente et aiguë; c'est bien plus souvent lorsqu'elle est ancienne, sans douleurs, et alors on observe plus fréquemment le retour de la maladie à l'état aigu.

§ V. *Invasion, symptômes, marche, durée, diagnostic, terminaisons et pronostic.* — Ce n'est guère que lorsqu'on a employé un traitement irrationnel, pendant la période d'acuité de la blennorrhagie, que l'orchite se manifeste pendant cette période; dans les cas les plus fréquens, elle se développe lorsque les symptômes inflammatoires qui existaient vers l'urètre, commencent à décroître. C'est surtout lorsqu'on ne peut pas lui assigner de cause déterminante, qu'on la voit survenir pendant la quatrième ou la cinquième semaine après le début de la blennorrhagie. L'époque la plus éloignée à laquelle j'ai pu noter l'invasion de l'orchite, est celle de sept mois et demi. Dans ce cas, la blennorrhagie avait d'abord été accompagnée de douleurs légères, qui avaient insensiblement disparu; l'écoulement attirait à peine l'attention du malade, lorsque le testicule droit fut pris d'inflammation, à la suite d'un voyage de vingt lieues, fait à pied. Les symp-

tômes de cette inflammation secondaire furent très-intenses, le testicule acquit un volume triple de celui qu'il a ordinairement, le scrotum devint rouge, tendu, et très-douloureux au toucher. Ce fait et d'autres analogues me servent à établir une considération importante dans l'histoire des symptômes de l'orchite, savoir : qu'il n'y a pas toujours un rapport exact entre l'intensité des symptômes de la blennorrhagie, et celle de l'inflammation secondaire des testicules, c'est-à-dire, qu'à une blennorrhagie déterminant peu ou point de douleurs, qu'à une blennorrhée même, n'attirant nullement l'attention des malades, on voit souvent succéder une orchite accompagnée des symptômes inflammatoires les plus marqués. On voit cependant quelquefois l'inflammation secondaire correspondre assez bien par ses symptômes, à l'inflammation primitive.

Un sentiment de malaise plus ou moins marqué dans la région des aines, une sensibilité des testicules plus grande que dans l'état de santé, sensibilité qui augmente surtout pendant la marche, tels sont les phénomènes qui s'observent avant ceux qui caractérisent l'orchite. La plupart des auteurs n'ont pas fait assez d'attention à ces phénomènes précurseurs; cette méprise tient sans doute à ce que, dans le plus grand nombre des cas, on n'observe les malades que plus ou moins long-temps après l'invasion de la maladie; aussi, je prendrai pour type de ma description, les cas dans lesquels j'ai eu le travail morbide sous les yeux dans toutes ses périodes. Les renseignemens fournis par les malades m'ont fait souvent remarquer, avant la manifestation de symptômes propres de l'orchite, un sentiment de picotement, de pesanteur vers le périnée, ou au-dessus de l'anus; c'est-là une circonstance qui me porte à considérer ces phénomènes, non pas comme des prodrômes de l'orchite, mais bien comme indiquant une

irritation inflammatoire existant déjà vers la portion bulbeuse et prostatique de l'urètre, ou dans les vésicules séminales.

Cette irritation inflammatoire ne tarde pas à se propager à l'un ou à l'autre conduit déférent; rarement les deux côtés en deviennent le siège à-la-fois; ce conduit est tuméfié, dur, douloureux; bientôt l'épididyme est envahi par l'inflammation; il augmente de volume, présente au toucher une dureté remarquable, surtout vers sa partie inférieure; il est le siège de douleurs obtuses continuelles, augmentant par la pression; l'inflammation se propage ordinairement avec rapidité au testicule, qui, tout en conservant sa forme, acquiert un volume plus ou moins considérable; la chaleur des parties est augmentée, les douleurs sont plus ou moins vives, mais elles augmentent toujours par une pression même légère, et par les mouvemens auxquels se livre le malade. On observe un assez grand nombre de variétés relatives à l'intensité des symptômes que présente l'orchite. Ainsi, tantôt les douleurs sont presque nulles, l'augmentation de volume du testicule peu remarquable, le scrotum peu ou point tuméfié, et conservant sa contractilité. Dans cette première nuance de l'affection, on observe rarement des symptômes généraux. Tantôt le gonflement du testicule est de prime-abord très-considérable; son volume devient double, triple, quadruple même de celui qu'il a ordinairement; cet organe conserve sa forme ovoïde, cependant son aplatissement transversal est moins marqué; l'épididyme est confondu avec lui, et ne peut plus en être distingué par le toucher, comme dans le cas précédent. Les douleurs sont permanentes et très-vives; le malade éprouve surtout des tiraillemens du cordon, qui se prolongent jusques dans l'abdomen. Le scrotum est tuméfié, d'un rouge érysipélateux; il ne peut plus se contracter, on dirait qu'il a con-

tracté des adhérences avec le testicule. Le tissu cellulaire qui sépare les enveloppes testiculaires se pénètre d'une grande quantité de fluides; les veines deviennent souvent très-apparentes; la marche est impossible, ou du moins très-douloureuse. Dans cette nuance de la phlegmasie, on observe des phénomènes sympathiques, qui indiquent d'abord la participation du système vasculaire à l'irritation. Ainsi, la peau est chaude, le pouls développé, fréquent, etc. Une céphalalgie plus ou moins vive, des nausées, des vomissemens, indiquent aussi que l'irritation locale a déterminé une réaction sur l'encéphale et vers l'appareil digestif. Dans d'autres circonstances l'engorgement des testicules, quoique assez considérable, est entièrement indolent; le malade n'est incommodé que par le poids de la tumeur qui gêne ses mouvemens. C'est surtout dans ces cas que la maladie dure pendant un temps très-long. Tout porte à penser que dans les cas d'orchite, la tunique vaginale enflammée secrète une plus grande quantité de sérosité; on ne peut pourtant pas constater sa présence par les moyens que l'on emploie dans les cas d'hydrocèle simple; sans doute parce que, lorsque les symptômes inflammatoires sont très-prononcés, cette sérosité est trouble et épaisse, et qu'en même temps, les fluides accumulés dans le tissu cellulaire du scrotum, s'opposent à l'emploi de ces moyens d'investigation. Cet épanchement se dissipe le plus souvent avec les autres symptômes de la maladie, mais il peut persister, et alors on peut s'assurer de son existence, soit par le toucher, soit par l'inspection à l'aide d'une lumière artificielle.

En même temps que ces phénomènes morbides se développent, les symptômes de l'urétrite éprouvent quelques changemens. J'ai dit déja que l'orchite par une véritable métastase était rare; en effet, on n'observe que rarement la disparition totale de l'écoulement et des dou-

leurs qui l'accompagnent, lorsque l'inflammation secondaire se développe; et ce serait là une condition indispensable, pour établir qu'il s'est fait une métastase. Il est au moins aussi rare que les symptômes de l'urétrite persistent avec les mêmes caractères, lorsque l'orchite s'est manifestée. Ce que l'on observe dans l'immense majorité des cas, c'est la diminution dans l'abondance de l'écoulement, et un amendement des douleurs que le malade éprouvait en urinant. Il arrive assez souvent que les symptômes de l'urétrite diminuent par degrés, et disparaissent pour ne plus se montrer, sous l'influence des moyens dirigés contre l'orchite. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. C'est surtout lorsque l'orchite a été causée par une violence extérieure, ou par un traitement intempestif, et qu'elle s'est développée pendant le période d'acuité de la blennorrhagie, que l'on voit celle-ci persister, augmenter même, après la guérison de l'affection secondaire qui, alors constitue une véritable complication.

Le diagnostic de l'orchite ne peut présenter de difficultés : l'existence de la blennorrhagie, les renseignemens que le malade donne sur son existence antérieure dans les cas rares où elle a été entièrement supprimée, servent toujours à l'établir d'une manière positive. Il n'est peut-être qu'une circonstance qui pourrait induire en erreur; encore ne serait-elle que momentanée, et n'aurait-elle aucun résultat fâcheux; je veux parler d'un gonflement œdémateux du scrotum, survenant chez des individus affectés de blennorrhagie. J'ai eu occasion d'observer deux ou trois fois cet œdème du scrotum déterminé par un bain de vapeur. Dans ces cas, si l'on se livrait à un examen superficiel, on pourrait penser qu'il existe une orchite double; mais l'absence des douleurs, l'absence de l'engorgement dans les conduits déférens, la persistance de la blennorrhagie avec le même degré d'intensité, établi-

raient d'abord des doutes sur l'existence de l'inflammation des testicules; enfin, la disparition assez rapide de ce gonflement œdémateux en ferait entièrement abandonner l'idée.

La durée moyenne de l'orchite est de 30 à 35 jours lorsqu'elle a été traitée convenablement; la résolution en est alors la terminaison la plus fréquente. Abandonnée à elle-même, ou traitée d'une manière irrationnelle, elle peut passer à l'état chronique, et se prolonger pendant un temps considérable.

Dans la plupart des cas, la résolution ne se fait que d'une manière incomplète; le testicule revient à son état primitif; mais l'épididyme reste dur, engorgé, plus ou moins douloureux à la pression, et cet engorgement, auquel participe quelquefois le conduit déférent, persiste ordinairement pendant un temps très-long; il n'est pas rare même de voir des malades qui en conservent des traces plus ou moins évidentes pendant le reste de leurs jours. L'épaisseur de l'épididyme, la plus grande quantité d'élémens fibreux qui le constitue, peuvent expliquer peut-être cette persistance de l'engorgement. Il est assez rare de l'observer dans le testicule; excepté les cas où la maladie est passée à l'état chronique, cet organe ne conserve pas un volume plus considérable; on a même dit que le testicule présentait après la guérison un volume moindre que celui qu'il avait avant la maladie. Quelques étudians en médecine, qui ont été affectés d'orchite blennorrhagique, et que j'ai consultés sur les circonstances de leur maladie, m'ont dit qu'ils croyaient remarquer une diminution de volume dans le testicule qui en avait été le siège. N'ayant pas de faits positifs à l'appui de cette assertion, je me contente de la mentionner.

La terminaison par suppuration survient rarement. Je ne l'ai observée qu'une fois, la maladie avait été produite

14..

par un coup-de-pied de cheval, plusieurs petits abcès se formèrent malgré que l'on eût employé un traitement antiphlogistique énergique, et des adhérences multipliées s'opposèrent à la destruction totale de la substance du testicule.

Le scrotum, fortement distendu, peut se gangréner, surtout lorsqu'on a eu recours à l'application de topiques irritans; mais je ne connais pas d'observation de gangrène étendue au testicule. Dans le seul cas bien remarquable de gangrène du scrotum que j'ai observé, une grande partie de cette enveloppe fut détruite, le testicule fut mis à nu, mais ne fut nullement envahi par la gangrène. Après une longue suppuration qui suivit la séparation des escarrhes, et qui épuisa les forces du malade au point de faire craindre pour ses jours, des bourgeons celluleux et vasculaires de bonne nature se développèrent, la santé se rétablit peu-à-peu, et au bout de deux mois le testicule se trouva entièrement recouvert par une cicatrice large, solide, qui lui adhérait fortement.

Tous les médecins ne s'accordent pas encore pour savoir si une inflammation simple du testicule, celle surtout qui survient pendant la blennorrhagie, peut être suivie des dégénérations qui constituent le squirrhe et le cancer de cet organe. Il serait trop long de reproduire ici les diverses questions sur la nature du cancer : je dirai seulement que, d'après le fait que j'ai rapporté, et d'après quelques autres communiqués à la Société anatomique par mes collègues, il faut admettre que dans certaines circonstances individuelles l'orchite peut être suivie des dégénérations organiques qui constituent le sarcocèle squirrheux ou tuberculeux.

Le pronostic de l'orchite n'est pas grave dans la majorité des cas; jamais cette affection ne met en danger les jours des individus, à moins qu'ils ne soient d'une mau-

vaise constitution, et qu'ils n'aient déjà d'autres altérations profondes dans les organes principaux. Dans les cas d'induration, de dégénérescence squirrheuse, l'ablation du testicule pouvant être jugée nécessaire, les malades se trouvent exposés, par le fait même de l'orchite, aux chances d'une opération dont les résultats sont incertains; mais ces cas sont rares, et le plus souvent on peut assurer que la guérison se fera bien. Il faut cependant s'attendre à ce que l'épididyme reste engorgé; d'un autre côté, les parties affectées conserveront plus ou moins long-temps une sensibilité plus marquée; elles deviendront douloureuses sous l'influence de la cause la plus légère; elles auront aussi une grande tendance à devenir le siège d'une affection semblable, si les malades contractent une nouvelle blennorrhagie.

§. VI. *Traitement.* — La nature de la maladie dont je viens de tracer l'histoire indique assez que c'est parmi les moyens antiphlogistiques qu'il faut d'abord chercher ceux qui sont les plus propres à en déterminer la guérison; mais le choix et le mode d'administration de ces moyens présentent quelques particularités que je vais signaler.

Les saignées générales ne sont nécessaires que dans les cas d'orchite très-intense, et lorsqu'il s'est développé des symptômes sympathiques. Elles n'agissent pas notablement sur les symptômes inflammatoires locaux, aussi il faut avoir recours aux applications de sangsues. Le lieu sur lequel on fait ces applications n'est pas indifférent; sur le scrotum, les piqûres ont une grande tendance à s'ulcérer, et souvent ce surcroît d'inflammation augmente la maladie qu'on se proposait de faire cesser. D'un autre côté, lorsque les veines sont distendues, elles peuvent être ouvertes par les morsures et donner lieu à une hémorrhagie qui pourra se continuer jusqu'à ce que la peau

revenant sur elle-même empêche l'écoulement du sang. M. Desruelles dit que dans un cas cette hémorrhagie fut assez abondante pour inspirer des inquiétudes. Les applications de sangsues sur le trajet du cordon spermatique n'ont pas ces inconvéniens; elles déterminent une dérivation plus marquée; elles agissent aussi plus directement sur les vésicules séminales si elles ont été le point de départ de la maladie. Cette pratique est généralement suivie à l'hôpital des Vénériens, et dans presque tous les cas une première application de sangsues procure une diminution de l'engorgement qui, sous l'influence d'autres moyens, marche ensuite très-rapidement vers la résolution. La quantité de sang à retirer par les saignées locales et le nombre de fois qu'il faut revenir aux applications de sangsues, sont subordonnés aux cas particuliers, et ne peuvent être indiqués ici; je dirai seulement que les bains, les fomentations, le repos, etc., tous les moyens usités dans le traitement des inflammations, sont de puissans auxiliaires qu'il ne faut pas négliger dans la période d'acuité. Ces derniers moyens sont les seuls qu'on doive employer d'abord dans les cas d'orchite peu intense, lorsque les parties sont engorgées et presqu'entièrement indolentes.

Quand les symptômes inflammatoires ont perdu de leur intensité, lorsqu'il ne reste plus qu'un engorgement sans douleur, il faut chercher à en obtenir la résolution. On employait beaucoup autrefois, et quelques praticiens emploient encore aujourd'hui, l'onguent mercuriel en frictions, peut-être dans le but d'obtenir un double résultat de ce moyen qu'ils peuvent regarder comme fondant et comme ayant une action spécifique. M. Cullerier, considérant la facilité avec laquelle l'onguent mercuriel détermine la salivation chez certains individus, alors même qu'il n'est employé que comme fondant, lui a substitué

la pommade d'hydriodate de potasse, dont j'ai été à même de noter l'efficacité dans un grand nombre d'engorgemens vénériens indolens, et notamment dans l'orchite. Cette pommade est employée à la dose d'un demi-gros ou d'un gros par jour, en frictions légères sur les parties engorgées. Une forte solution de sous-carbonate de potasse peut aussi être employée avec avantage; mais ce moyen a l'inconvénient, d'après ce que m'en ont dit quelques jeunes chirurgiens militaires qui ont suivi son action au Val-de-Grâce, de produire assez souvent l'érythème ou même une éruption vésiculeuse du scrotum; lorsqu'il est employé pendant long-temps, il fait diminuer de volume non-seulement le testicule malade, mais aussi celui qui est resté sain. Les préparations d'iode jouissent aussi de la singulière propriété d'atrophier les organes glandulaires; cependant je n'ai jamais observé de diminution appréciable de volume à la suite de l'usage long-temps continué de la pommade d'hydriodate de potasse. La teinture d'iode, que dans ces derniers temps on a voulu appliquer au traitement de toutes les affections syphilitiques, les pilules de calomel et de savon, favorisent l'action des moyens extérieurs. Quand on ne juge pas à propos d'employer les purgatifs légers, il convient toujours d'évacuer les matières fécales par d'autres moyens, car leur accumulation s'opposant au retour du sang veineux, ferait persister l'engorgement.

Si les douleurs persistent après que les autres symptômes inflammatoires ont commencé à se dissiper, on ajoute quelques gouttes de laudanum à la tisane, on fait prendre des lavemens camphrés et opiacés, etc. M. Cullerier prescrit avec avantage, dans ces cas, des frictions sur les parties douloureuses, avec le mélange suivant: ℞ Eau de laurier-cerise, ℥ ij; éther sulfurique, ʒß; extrait de belladone, gr. xxiv.

Les ouvriers appliquent souvent sur le testicule enflammé une espèce de cataplasme fait avec de la boue de meule ; ce moyen procure d'abord une diminution de l'engorgement ; mais je crois avoir remarqué qu'il ne le fait pas disparaître entièrement, et qu'il favorise au contraire son passage à l'état chronique ; aussi doit-on s'abstenir de ce moyen ou d'autres semblables dans le traitement de l'orchite.

Lorsque cette affection est passée à l'état chronique, les évacuations sanguines ne sont pas ordinairement d'une grande utilité ; c'est sur l'emploi long-temps continué des résolutifs externes et internes qui ont été indiqués déjà, qu'il faut le plus compter. Dans les cas qui résistent à ces moyens, on peut avoir recours aux emplâtres fondans de savon, de vigo, à la pommade d'iodure, de mercure, aux fumigations de cinnabre. Ces deux derniers moyens, qu'il ne faut pas considérer comme ayant une action spécifique, réussissent souvent lorsque tous les autres se sont montrés inefficaces. En général, la résolution de ces engorgemens chroniques se fait attendre long-temps, et il ne faut pas trop tôt désespérer de l'obtenir.

Il ne devient nécessaire de rappeler l'écoulement blennorrhagique que dans les cas où il existait depuis peu et qu'il a été entièrement supprimé. On parvient au reste à le rétablir en déterminant une irritation du canal à l'aide d'une bougie emplastique, ou bien en y introduisant le pus d'une blennorrhagie. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de faire cette inoculation, et je l'ai vu constamment remplir le but qu'on se proposait. Il est bon de remarquer que cette pratique ne peut guère être suivie que dans un établissement spécial où l'on peut choisir les cas convenables, car il ne serait pas prudent de produire une nouvelle blennorrhagie chez un individu qui n'avait que cette

affection, avec du pus pris sur des chancres, ou même avec la matière d'un écoulement urétral existant en même temps que des chancres, des bubons, etc.

Il est également indiqué de rappeler la blennorrhagie, lorsque sa suppression a été suivie de ces douleurs intolérables dont j'ai déjà parlé. Dans le seul cas que j'ai observé, l'écoulement fut reproduit avec la matière sécrétée à la surface du gland enflammé (balanite). Cette matière fut portée, à l'aide d'une bougie, à un pouce de profondeur dans l'urètre; le lendemain une semblable application fut faite, et le troisième jour il existait un écoulement abondant qui fut bientôt suivi d'une diminution notable des douleurs. Les antispasmodiques, les opiacés sous toutes les formes, n'avaient produit auparavant qu'un soulagement momentané; il fut au contraire soutenu dès que l'écoulement fut rétabli. La guérison se fit attendre environ deux mois, mais elle fut complète. Vers la fin de l'année, le malade, que nous avions perdu de vue depuis le mois de juillet, s'est présenté à la consultation pour des chancres récemment contractés : il nous a assuré qu'il n'avait ressenti aucune espèce de douleurs depuis sa sortie de l'hôpital.

Une question importante se rattache au traitement de l'orchite; est-il nécesessaire d'employer les mercuriaux lorsque les symptômes inflammatoires ont disparu? S'il était démontré que l'inflammation des testicules indique que la blennorrhagie est syphilitique, un traitement mercuriel serait peut-être nécessaire; mais cette inflammation se manifeste dans d'autres circonstances, et nous ne pouvons pas la considérer comme caractérisant une infection virulente. Il existe des blennorrhagies bénignes non syphilitiques, et d'autres qui sont syphilitiques; les unes et les autres peuvent être compliquées d'orchite, mais aucun signe certain ne peut les faire distinguer jusqu'ici; en sorte qu'en appliquant un traitement mercuriel à tous les

cas d'orchite, on doit en rencontrer qui ne réclament pas l'emploi de ce moyen. Si l'on remarque que les préparations mercurielles administrées intempestivement peuvent produire des désordres graves dans l'économie; si, en admettant, sinon la spécificité, du moins l'efficacité de ces préparations, dans le traitement des affections vénériennes, on s'en rapporte cependant à ce qu'apprend l'observation, savoir : que cette efficacité est plus marquée dans les symptômes consécutifs que dans les symptômes primitifs de la syphilis; si enfin on demeure convaincu qu'un traitement mercuriel ne met pas à l'abri des symptômes consécutifs, qui d'ailleurs sont rares à la suite d'une blennorrhagie simple ou compliquée d'orchite, on s'abstiendra de ce traitement dans l'un comme dans l'autre de ces cas.

Ces opinions étant l'expression des faits, je crois que les conséquences pratiques qui en découlent doivent être adoptées, jusqu'à ce que des faits plus nombreux, qui fixeront peut-être un jour le traitement de la syphilis, démontrent qu'il faut y apporter des modifications ou en adopter de contraires.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION (1),

RÉDIGÉ PAR MM. CHANTOURELLE, DONNÉ, GUILLEMOT, MONDIÈRE ET VELPEAU.

De l'hydropisie enkystée des parois abdominales, et des signes propres à la distinguer des autres tumeurs de cette région; mémoire par P. N. CHANTOURELLE, *D. M.*

On a donné improprement le nom d'hydropisie enkystée

(1) Les lettres ou paquets destinés à la Société doivent être adressés, *franco*, à M. Bricheteau, secrétaire-général, rue Christine, N.° 1.

du péritoine, à la maladie dont il s'agit ici, et qui consiste dans un kyste séreux, placé suivant les uns entre le péritoine et la face correspondante des muscles abdominaux, ou suivant d'autres entre deux feuillets de la portion du péritoine qui tapisse ces muscles, ou bien encore dans l'épaisseur même des parois du bas-ventre.

Mais dans tous ces cas la maladie ne peut être qualifiée d'hydropisie du péritoine, dénomination qui devrait être réservée pour les kystes séreux développés dans cette membrane.

D'un autre côté, il n'est point question ici de ces amas de sérosité qui peuvent se trouver dans le tissu cellulaire des parois abdominales, et qui présentent une étendue plus ou moins bornée, et quelquefois un assez grand développement pour avoir fait croire à l'existence d'une ascite : Morgagni en rapporte quelques exemples. Je ne veux parler que de la formation et du développement dans la paroi antérieure de l'abdomen, d'un kyste assez analogue à celui qui se forme dans les parties pourvues de tissu cellulaire lache, et qui sont souvent tiraillées et comprimées : telles sont par exemple, celles qui recouvrent la rotule et l'olécrâne.

L'hydropisie enkystée du péritoine, ou pour parler plus exactement, des parois abdominales, n'est point d'une découverte récente, quoiqu'elle soit peu connue. Je ne chercherai pourtant point à décider si le premier fait de ce genre a été publié par Dodonée, ou par Acholze, avant ceux rapportés par Tulpius; mais je ferai remarquer, ce qui est plus important, que dès cette époque, c'est-à-dire en 1581, on observa la rupture du kyste dans le ventre, rupture toujours suivie de la mort des malades. Cet accident funeste a depuis été signalé par Tavernier, LXV.ᵉ observation rapportée par Ledran. Dès lors aussi on avait remarqué les facheux résultats de la compression

exercée par une semblable tumeur sur les viscères abdominaux ; on savait qu'il en pouvait résulter des endurcissemens squirrheux de l'estomac et de l'épiploon; on avait vu les intestins s'enflammer, adhérer au kyste, et bientôt par l'ulcération de ces parties, les matières fécales se faire jour au dehors : enfin on disait que la tumeur se formait entre le péritoine et le tendon des muscles transverses, de manière qu'il restait sous ceux-ci une lame très-mince de tissu cellulaire ou peut-être de péritoine : et cela est encore, à peu de chose près, conforme à ce que l'expérience nous a appris.

Morgagni dans sa trente-huitième lettre, donne de cette maladie une description fort détaillée; il en énumère les causes, les symptômes, les signes qui la font reconnaître et les accidens qu'elle peut produire; mais il n'a point vu les faits qu'il rapporte, et il disserte sur l'hydropisie enkystée du péritoine, plutôt qu'il n'en trace l'histoire observée pendant la vie des malades : il avoue même que cette altération ne s'est jamais offerte à son scalpel. La plupart des auteurs modernes qui en ont traité n'ont fait que copier Morgagni, mais souvent sans le citer, et sans mettre à portée de vérifier l'exactitude de la description que donne cet illustre écrivain : peut être trouvera-t-on quelqu'intérêt à la description, quoiqu'un peu minutieuse sans doute, d'une hydropisie enkystée des parois de l'abdomen, que j'ai pu suivre à toutes ses époques, et dont j'ai recueilli avec soin tous les symptômes.

Je donnerai auparavant les caractères distinctifs de cette maladie, tirés de Morgagni et des auteurs modernes.

Les femmes sont presque exclusivement sujettes à l'hydropisie enkystée des parois abdominales : mais elle affecte plus particulièrement celles qui ont la fibre molle, lâche, humide; celles qui ont eu le ventre très-distendu par plusieurs grossesses et chez lesquelles il est resté sillonné.

Des pressions violentes et prolongées sur cette partie, des efforts considérables, des toux fatigantes sont aussi des causes prédisposantes très-ordinaires. Cependant elle peut survenir indépendamment de toutes ces circonstances.

Souvent à l'occasion d'un coup assez léger, dont les malades croient toujours se souvenir, il s'est développé dans les parois de l'abdomen, un petit noyau d'engorgement, circonscrit, dur, peu sensible à la pression et sans changement de couleur à la peau.

Bientôt quelques élancemens se font sentir dans cette petite tumeur, qui s'accroît peu-à-peu en soulevant la peau et les muscles; les douleurs deviennent plus aiguës et s'étendent aux attaches des muscles tiraillés, ceux-ci sont amincis et désorganisés, la tumeur fait des progrès, soulève l'ombilic; on la meut facilement avec les parois de l'abdomen qu'elle entraîne, et le ventre paraît libre et les viscères sains. Souvent la maladie se développe avec beaucoup de lenteur, la tumeur s'amollit, présente de la fluctuation, et en plusieurs années elle couvre toute la partie antérieure de l'abdomen de manière à simuler parfaitement une ascite, dont il est alors difficile de la distinguer si on n'a pas recours aux circonstances commémoratives : souvent la malade n'éprouve aucune autre altération dans sa santé pendant de longues années, si ce n'est la gêne que lui fait éprouver le poids énorme de la tumeur; elle conserve sa coloration, la face est peu altérée. Cependant à la longue elle tombe dans le marasme et finit par succomber. Mais dans d'autres cas la maladie marche plus rapidement; la tumeur se ramollissant moins vite, comprime fortement les viscères abdominaux; elle produit des hépatites, des gastrites, des péritonites et des épiploïtes aiguës qui passent à l'état chronique et se renouvellent à chaque instant : surviennent des engorgemens squirrheux de la plupart des viscères de l'abdomen : de la fièvre et des vo-

par les inquiétudes et la fatigue extrême à laquelle se livrait la malade pour faire prospérer un établissement naissant.

Vers le mois de février 1822, elle se frappa assez violemment le ventre avec l'extrémité du manche d'un couteau; mais la douleur vive qu'elle ressentit d'abord ne tarda pas à se dissiper. Cependant elle contracta à la même époque un catarrhe pulmonaire violent, et elle fut en proie à une toux extrêmement pénible, avec fièvre forte, céphalalgie, nausées. Alors se réveilla la douleur dans le côté gauche des parois abdominales, au-dessous de l'extrémité antérieure des fausses-côtes de ce côté; elle s'accompagnait d'envies de vomir continuelles. J'attribuai au catarrhe pulmonaire tous les phénomènes que j'observai à cette époque, mais quand ils furent dissipés, la malade reconnut et me fit sentir dans cette région une tuméfaction profonde, dure, mal circonscrite, nullement douloureuse au toucher, et n'offrant ni chaleur ni rougeur. De temps à autre elle y ressentait des élancemens : toutes les fois que l'estomac était rempli d'alimens le ventre se gonflait et la tumeur devenait plus saillante, et surtout assez douloureuse, ce qui semble indiquer que d'abord elle s'était développée et faisait plus de saillie du côté de l'abdomen : les digestions se faisaient d'ailleurs librement, et la malade se livrait à son appétit.

Le noyau d'engorgement que je viens de dire devenant plus marqué, dur, et de deux pouces de diamètre, il se manifesta une douleur sourde dans tout l'épigastre, particulièrement le long des fausses côtes gauches et aux attaches supérieures des muscles abdominaux; cette douleur se faisait même sentir à leur attache inférieure : d'ailleurs, la malade continuait de se livrer avec ardeur à ses pénibles occupations, et ne donnait que peu d'attention à sa maladie pour laquelle elle ne voulut long-

temps faire aucun traitement, persuadée qu'elle n'était qu'un effet de la toux qui l'avait long-temps fatiguée.

Cependant au bout de trois semaines, je vis de nouveau M.[me] Houbert : la tumeur avait fait des progrès; elle était maintenant apercevable à l'œil, et paraissait avoir trois pouces de diamètre : au toucher je la jugeai dure, bien circonscrite, adhérente, ou développée dans l'épaisseur des muscles droits : en effet, on pouvait la mouvoir transversalement dans un certain espace, ce qui était impossible dans le sens vertical : elle n'était point douloureuse à une pression même violente, mais quelques élancemens la sillonnaient; le gonflement du ventre, les envies de vomir, les douleurs dans les attaches des muscles, la liberté des digestions et de toutes les fonctions, tous les phénomènes persistaient ou même s'étaient accrus ; la malade, toujours livrée à ses travaux, consentit à peine à l'application de quelques cataplasmes émolliens sur la tumeur, et leur substitua bientôt un emplâtre pour sa commodité. Cependant un nouveau mois s'était ainsi écoulé dans cette insouciance; alors les symptômes prirent une intensité plus marquée. La tumeur, toujours très-dure, s'était accrue dans tous les sens; de vives douleurs se faisaient sentir tout autour d'elle dans les parois abdominales, mais surtout vers le côté gauche et près des fausses côtes : elle s'étendait jusque près de l'ombilic. Elle paraissait couverte d'une grande épaisseur de parties molles. Enfin on pouvait la soulever en avant, et passer assez loin les doigts derrière elle, sans qu'on découvrît l'engorgement d'aucun viscère. Je prie de remarquer cette particularité. L'appétit commença à se perdre; survint de l'altération, des envies de vomir plus fréquentes, et des douleurs continuelles dans le centre de la tumeur. Je fis appliquer dessus et tout autour à plusieurs reprises, un assez grand nombre de sangsues ; on mit d'une manière assidue

des cataplasmes, des fomentations émollientes; la malade prit chaque jour deux demi-bains, et fit usage de tisane d'orge miellée, d'eau de veau et de poulet, en même temps qu'on entretint la liberté du ventre.

Cependant la tumeur continua de faire des progrès assez rapides; elle devint plus saillante à l'extérieur, mais toujours circonscrite; elle acquit quatre à cinq pouces de diamètre, devint continuellement douloureuse, chaude et sensible à la pression, elle rougit. La malade fut consulter un praticien célèbre, qui, tout en approuvant le traitement employé, conseilla d'y joindre les maturatifs, tels que des cataplasmes de vieux-oint, d'oseille, de basilicum, sans doute dans la vue d'échauffer la tumeur qu'il pensait être un abcès froid.

Sous l'emploi de ces nouveaux topiques les symptômes devinrent rapidement graves; des douleurs intolérables se firent ressentir dans toute la tumeur et surtout dans les environs, à mesure qu'elle distendait les parois abdominales : elle fit des progrès considérables, surtout vers la partie inférieure où elle dépassait de beaucoup l'ombilic. Dans l'origine on pouvait facilement reconnaître le tissu musculaire par dessus le noyau d'engorgement, mais maintenant tout paraissait confondu, effacé dans la tumeur; celle-ci n'offrait pas une résistance égale partout; on croyait sentir une fluctuation sourde dans certaines parties, mais plus exactement encore un déplacement en masse; il était encore facile de reconnaître en dehors que les parois abdominales étaient saines, et au travers de celles-ci les viscères abdominaux paraissaient dans leur intégrité.

Aux symptômes généraux ci-dessus se joignit alors un mouvement fébrile qui, ne se manifestant d'abord que par intervalles, devint bientôt continu; les selles devinrent rares et difficiles; la respiration était un peu pénible et

embarrassée par le refoulement des viscères abdominaux.

On cessa l'emploi des maturatifs pour revenir au traitement émollient.

Peu-à-peu la tumeur acquit un développement énorme et couvrit presque tout le ventre; la fluctuation, qui d'abord se manifesta d'une manière inégale et dans certaines parties, devint sensible partout, excepté à la base : elle semblait causée par un fluide épais, gélatineux, tremblotant, et enveloppé d'un kyste épais : à sa résistance il était facile de sentir celui-ci quittant les parois abdominales saines pour passer derrière la tumeur; les flancs et la région suspubienne étaient parfaitement libres et dégagés, ce qui seul n'aurait pas permis de prendre la maladie pour une ascite, même à cette époque. La malade ne quittait plus le lit.

1.er août : les symptômes avaient encore acquis plus d'intensité; douleurs atroces dans la tumeur et dans toutes les parois abdominales tiraillées, nausées continuelles sans vomissemens, oppression extrême, suffocation par momens, fièvre assez vive, suppression des urines. La tumeur est inégale, bosselée, molle, fluctuante; la peau qui la recouvre, énormément distendue, est lisse et luisante; elle est sillonnée de veines bleues et de plaques rouges; le ventre a acquis le développement d'une grossesse à terme, mais cette tuméfaction ne s'étend pas plus bas que la moitié de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis; en haut il approche de l'appendice xyphoïde, et sur les côtés les flancs forment retrait derrière la tumeur; celle-ci se meut en masse, et à la percussion elle présente un léger tremblement.

Tel était l'état des choses, lorsque, le mercredi 7 août, je pratiquai une ponction exploratrice avec un trois-quarts à hydrocèle.

N'ayant pu obtenir le consentement de la malade pour

ouvrir le kyste avec la pierre à cautère, je voulais au moins pratiquer la ponction, dans la crainte de voir la tumeur s'ouvrir dans le ventre comme il y en avait des exemples, et dans l'espérance d'empêcher par là les funestes effets de la compression directe de l'estomac et du foie par la tumeur.

Je plongeai l'instrument à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, près de la ligne médiane, à l'endroit où la fluctuation était la plus marquée, et où les parties paraissaient avoir peu d'épaisseur; cependant j'éprouvai assez de résistance, et je fus obligé d'enfoncer le trois-quart assez profondément, sans que la malade éprouvât aucune douleur : je donnai issue à environ deux livres d'un fluide albumineux inodore, transparent, limpide, et d'une belle couleur de citron. Le ventre ne parut pas avoir éprouvé une diminution de volume en rapport avec la quantité de fluide évacué, ce qui me confirma dans l'idée que la tumeur s'était particulièrement développée par la cavité abdominale. Enfin, la pression exercée pour opérer la sortie du liquide avait peu d'effet, et me fit reconnaître que les parois du kyste devaient avoir une grande consistance.

En retirant la canule je vis sortir, en assez grande abondance et en nappe, du sang veineux; je n'en fus pas surpris, attendu la quantité de veines qui sillonnaient les parois abdominales, mais craignant son épanchement dans la cavité du kyste, j'introduisis avec un peu d'effort dans l'ouverture un morceau de bougie amollie dans les doigts, et comme les parois du kyste étaient fort épaisses et fort consistantes, ce moyen me réussit parfaitement pour arrêter l'hémorrhagie. La soustraction de la pression abdominale causa un dérangement considérable dans la circulation; il y eut des alternatives de chaleur vive et de froid.

Jeudi 8, douleur vive dans tout le côté gauche de la tumeur, chaleur brûlante dans toute l'étendue du kyste : la tumeur est peu sensible à la pression ; la peau qui la recouvre est moins lisse, un peu rouge et très-chaude ; la langue est rouge ; il y a des envies de vomir continuelles, tout annonce l'inflammation du kyste. Je retire la bougie et couvre le ventre d'émolliens.

Le 9, envies de vomir, vomissemens de matière verte, amère, bilieuse ; sensation de flammes qui remontent à la gorge ; tumeur chaude, douloureuse ; on ne sent presque pas de fluctuation. La malade prend de l'eau de menthe sur l'avis d'un consultant, et à mon insçu.

Le 10, persistance des symptômes. (Eau froide avec une cuillerée d'eau de Seltz.)

Le 11, continuation des vomissemens ; l'estomac ne peut supporter que l'eau froide mêlée d'un peu de lait ou d'eau de Seltz. Les parties latérales de la tumeur sont moins douloureuses, la fluctuation se fait sentir plus généralement ; il sort un peu de pus sanieux par la piqûre du trois-quarts.

Le 13, il n'y a presque plus de douleur dans la tumeur ni dans les hypochondres ; la peau est plus rouge aux environs de la piqûre ; il se forme un petit foyer purulent le long de son trajet. Vomissemens continuels et intolérables ; peu de fièvre.

Quoiqu'on pût craindre la rupture du kyste dans le ventre, et surtout les mauvais effets de la compression qu'il exerçait sur les viscères abdominaux, nous n'osâmes tenter une nouvelle ponction, mais quelqu'un prescrivit la pommade d'hydriodate de potasse pour fondre le kyste par analogie avec celui des goîtres, et on revint de nouveau à la potion de Rivière qui ne put être supportée, et causa une ardeur brûlante à l'estomac et à la gorge.

Le 15, même état de la tumeur, vomissemens excessifs

et continuels; la face est bouffie, et les lèvres fortement tuméfiées et rouges; suffusions sanguines par toute la peau; urines rares et brûlantes.

Le 18, diminution des phénomènes précédens, mais inflammation de l'isthme du gosier et du pharynx, difficulté extrême pour avaler la moindre quantité de liquide qui est aussitôt vomie, souvent avec une bile verdâtre; expuition continuelle de mucosités filantes, constipation. L'inflammation de l'estomac, du foie, du péritoine a fait des progrès évidens.

Le 21, ouverture du foyer qui s'est formé le long du trajet de la piqûre du trois-quarts, et sortie d'une grande quantité de pus sanieux. Dans la journée, hémorrhagie véritable de sang noir, ce qui nécessite l'introduction de quelques bourdonnets de charpie.

Le 23, plusieurs ouvertures se forment à côté de la première, et donnent issue les jours suivans à des lambeaux putréfiés de tissu graisseux et de caillots; les muscles n'existent plus sur la tumeur, qui ne fait plus éprouver de douleur; odeur fétide et gangréneuse: tout le kyste paraît mortifié.

Le 25, le kyste paraît, outre la sanie putride, contenir des gaz qui s'y seraient développés; il résonne parfaitement dans la partie supérieure, tandis qu'il ne rend qu'un son mat dans l'inférieure. La charpie enlevée laisse voir deux ouvertures assez grandes, séparées par une bride qui, étant déjà mortifiée, fut coupée en travers et permit de voir toute la cavité d'un foyer dont la paroi du fond, correspondant au kyste, présentait une large escarrhe gangréneuse. L'état général est à-peu-près le même, déglutition moins difficile, pouls dur et serré, découragement.

Le 26, la quantité de sérosité qui a mouillé la charpie et les pièces de l'appareil est très-considérable; l'escarrhe est poussée au travers de la plaie extérieure, l'abdomen

est très-ballonné. Pouls petit, accéléré; vomissemens continuels; l'intérieur de la bouche présente quelques aphtes; la langue est très-rouge, ardente, avec quelques parcelles d'enduit blanchâtre.

Le soir, l'escarrhe détachée permet d'introduire une sonde de femme dans la cavité du kyste; il sortit une grande quantité de gaz, et environ deux livres de sérosité rougeâtre, fétide; ce n'était plus l'albumine épaisse qu'avait donnée la première ponction. Le pouls est petit, accéléré; il n'y a nulle douleur dans la tumeur ni dans le ventre. Cependant il est facile de sentir dans l'hypochondre gauche une tumeur dure correspondant à la rate et au grand cul-de-sac de l'estomac. Un linge fin est introduit dans la plaie avec quelques bourdonnets de charpie.

Le 27, sortie, au moyen de la sonde, d'une grande quantité de matière sanieuse, rougeâtre, horriblement fétide, ce qui soulage beaucoup la malade. Toute la peau qui recouvre la tumeur est d'un rouge pâle et violacé en quelques endroits. Le ventre est peu douloureux et ballonné uniformément. Le soir, je m'aperçois que le kyste s'est détaché en entier du côté gauche, en sorte que je puis introduire à volonté la sonde dans la cavité abdominale ou dans le kyste lui-même : il s'est fait dans le péritoine un grand amas de gaz et de sanie putride.

L'expulsion des gaz permettant d'affaisser le ventre, et le kyste lui-même étant vide, je pus reconnaître, outre la tuméfaction douloureuse de la rate et de l'estomac, une tuméfaction énorme du foie, ce qui me fit souvenir que peu de jours avant la malade s'était plaint de vives douleurs dans la région du foie; mais le développement excessif de la partie antérieure du ventre n'a pas permis de s'assurer de l'état de ce viscère.

Le pouls devint petit, serré, filiforme; les vomissemens

cessèrent; depuis deux jours la sécrétion et l'excrétion des urines avaient cessé; mais ce qu'il y eut de bien remarquable au milieu des désordres épouvantables que je viens de signaler, c'est que la malade ait conservé le libre exercice de ses facultés intellectuelles, et ne les perdit que peu de momens avant sa mort, qui eut lieu le 28, six mois environ après la première apparition de la tumeur.

Je ne pus obtenir d'abord des parens la permission d'ouvrir la tumeur, et quand enfin ils y consentirent, l'autorité, qui avait pressé l'enlèvement du corps, s'opposa à l'exhumation que je réclamais instamment; il me fut donc impossible de compléter cette partie de l'observation.

En y réfléchissant, il me semble qu'il est peu à regretter que l'examen des parties n'ait pu être fait, puisque la désorganisation et la putréfaction des tissus n'aurait pas permis de reconnaître la composition du kyste ni de faire une dissection exacte : enfin la thérapeutique en aurait sans doute tiré peu d'avantages. Voyons maintenant si on peut trouver, dans le détail des symptômes qui se sont présentés, de quoi justifier le diagnostic que nous avons porté, et s'il est possible qu'ils aient appartenu à une autre affection.

D'abord, la sortie par le trois-quart d'un fluide albumineux, ne permet pas de placer la maladie ailleurs que dans les hydropisies. Mais j'ai dit que la moitié de la partie inférieure de l'abdomen ne participait point à la tuméfaction, à la fluctuation, non plus que la partie postérieure : c'était donc nécessairement une hydropisie enkystée. Mais où était ce kyste? ce n'était point dans les ovaires, puisque la tumeur avait commencé près de l'ombilic, et que dans son origine elle était petite, dure, immobile et plus superficielle que ne peuvent l'être les

ovaires tuméfiés. Ce n'était point non plus un kyste développé dans le ventre, par les mêmes raisons, et de plus, parce qu'on pouvait très-bien prendre la tumeur avec les doigts alors qu'elle n'avait que deux pouces de diamètre, ce qui n'eût pu avoir lieu pour un kyste abdominal. D'ailleurs, ces tumeurs internes sont ordinairement mobiles, et à l'époque où on les aperçoit elles ont déjà causé de grandes variations dans la santé des malades, ce qui n'avait nullement eu lieu ici. Tous les phénomènes au contraire s'accordent parfaitement avec l'existence d'un kyste des parois abdominales.

La femme a eu plusieurs enfans, et chaque fois le ventre, très-volumineux, est resté flasque, les parois relâchées, ce qui est reconnu par Morgagni comme une prédisposition. Elle éprouve des violens tiraillemens des parois abdominales, et reçoit un coup qui détermine de la douleur localement, puis une tuméfaction, un noyau d'engorgement dans l'épaisseur des muscles droits, ou sous ces muscles eux-mêmes; jusque-là tout est sain dans le ventre qui a son volume, sa souplesse, sa flaccidité ordinaires. Cependant la tumeur fait des progrès, s'étend sans présenter de fluctuation pendant long-temps, mais faisant éprouver des élancemens; enfin elle semble se ramollir par places, puis on peut sentir une sorte de tremblottement. Cependant même alors la cavité abdominale ne contient pas de fluide, puisque la région épigastrique et les hypochondres, aussi bien que l'hypogastre, sont libres : d'ailleurs, la tumeur est proéminente; et, ce n'est que plus tard, qu'envahissant tout le devant de l'abdomen, elle put être confondue avec lui et masquer en totalité les viscères abdominaux. Cependant la pression extrême qu'elle exerce de plus en plus sur l'estomac, le foie et les intestins, détermine une gastrite aiguë, une hépatite et une splénite intense, ainsi qu'une péritonite; bientôt le

kyste lui-même s'enflamme, se gangrène, et en se détachant fait communiquer la cavité abdominale avec l'extérieur, et enfin détermine la mort du sujet. Ceci est prouvé par l'introduction de la sonde dans la poche, et plus tard dans la cavité abdominale même. On voit qu'ici tout s'est passé d'une manière parfaitement conforme à ce qui a été dit sur l'hydropisie enkystée des parois abdominales, et qu'il est impossible de rapporter à aucune autre affection la maladie que nous avons observée. Cependant le diagnostic de cette maladie est très-difficile si on ne la voit pas à toutes les époques, ou qu'on n'ait pas des renseignemens exacts. Ainsi, dans les premiers temps, on pourra prendre la maladie pour un abcès, pour une tumeur squirrheuse qui se développe dans les parois abdominales, ou même pour une hernie entre les fibres de la ligne blanche, à cause des vomissemens qui ont lieu. Vue dans les derniers temps seulement, s'il est difficile de la confondre avec l'ascite, il n'est pas aussi aisé de la distinguer des tumeurs enkystées de l'intérieur du ventre, et même si on n'est appelé que quand elle est arrivée à son plus grand développement, il est impossible de la reconnaître autrement que par les antécédens.

Voyons maintenant quels secours on pourrait donner aux malades. Dans les premiers temps et quand la maladie ne consiste encore que dans une tumeur peu étendue, circonscrite dans l'épaisseur des parois abdominales, l'application répétée d'un certain nombre de sangsues sur le noyau d'engorgement, puis les cataplasmes émolliens seraient les moyens thérapeutiques les mieux indiqués. Mais si la tumeur continuait à se développer, qu'elle parût déjà très-ramollie, au lieu de compter sur une résolution peu probable et de perdre un temps précieux, ne serait-il pas plus convenable d'ouvrir de bonne heure la tumeur par l'extérieur, de la vider et de déterminer

l'exfoliation du kyste ou la suppuration ? On pourrait obtenir alors cette suppuration au moyen d'un morceau de pierre à cautère qu'on appliquerait sur la tumeur : ce moyen n'offrirait pas alors un grand danger, puisque la tumeur n'aurait pas encore fait de grands progrès du côté du péritoine ; mais plus tard, quand elle aura distendu, aminci les parois de l'abdomen, comprimé, altéré, enflammé le péritoine, l'estomac, l'épiploon, les intestins, alors il ne sera plus temps, et la suppuration du kyste sera suivie de l'ouverture du péritoine, et par conséquent de la mort; il faudrait donc dans ces cas abandonner la guérison aux efforts de la nature. Dans le cas que j'ai rapporté plus haut, il est évident que la ponction a été faite trop tard et ne pouvait pas pallier les souffrances de la malade; mais faite beaucoup plus tôt et quand la tumeur n'avait que le volume d'une grosse noix, l'ouverture du kyste pouvait sans doute avoir un heureux résultat. Il serait donc de la plus grande importance de reconnaître la maladie dans ces premiers temps ; or, les seules maladies avec lesquelles on pourrait la confondre serait un abcès froid, ou une tumeur devant suppurer, ou encore une tumeur enkystée placée sous la peau : dans tous ces cas la méprise serait peu fâcheuse; de plus, avant que la tumeur ait acquis un grand développement, on pourrait sans doute la distinguer d'un abcès froid, puisque dans celui-ci la tumeur s'amollit de bonne heure et vers un point, tandis que la tumeur enkystée offre une résistance égale et uniforme, et ne fait sentir qu'une ondulation ou tremblottement en masse.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Sur l'action réciproque du sang et de l'air atmosphérique l'un sur l'autre; par Rob. Christison, *professeur de médecine-légale à l'Université d'Edimbourg* (1).

Dans un mémoire que nous avons analysé dans notre dernier numéro, M. J. Davy a combattu, à l'aide de faits et de raisonnemens qui lui sont propres, l'opinion généralement admise sur l'action réciproque de l'air et du sang veineux. M. Christison, considérant que cette question est une des plus importantes de la physiologie, a cru devoir l'examiner de nouveau et rechercher à l'aide d'expériences directes, quels sont les changemens que l'air et le sang subissent lorsqu'on les met en contact, et si le changement du sang veineux en sang artériel dans les poumons est un phénomène vital ou simplement physique.

Après avoir rappelé brièvement les recherches faites sur ce point par divers physiologistes, l'auteur arrive aux résultats obtenus par M. J. Davy, et aux conclusions qu'il en tire.

» J'examinerai d'abord, dit-il, la question du changement de couleur du sang par le contact de l'air, puis celle des changemens que l'air éprouve à son tour;

1.° » Les effets produits sur le sang par l'agitation de ce liquide avec de l'air atmosphérique, m'ont toujours paru évidens et indubitables. M. J. Davy dit que le changement de couleur est plus apparent que réel, qu'il tient à ce que le sang agité avec de l'air est, pour un certain temps, converti en une mousse légère, et que par le repos ce li-

(1) *The Edinburgh Med. and Surg. Journ.* Janvier 1831.

quide reprend la couleur rouge foncée particulière au sang veineux. Je n'ai jamais observé rien de semblable, pourvu toutefois que le sang employé pour faire l'expérience fût frais et non altéré. La nuance rouge pourpre du sang veineux devient toujours écarlate lorsqu'on agite ce liquide avec de l'air, et elle persiste pendant plus d'un jour, quelquefois même pendant quatre jours; de plus la différence de teinte a toujours été si tranchée dans toutes mes expériences, que personne ne pouvait confondre les deux espèces de sang, même à la distance de vingt-cinq à trente pieds.

» M. Davy ajoute que l'agitation du sang dans du gaz hydrogène produit le même effet sur le sang veineux que celle dans de l'air atmosphérique. Mais encore sur ce point, le résultat de mes expériences est en contradiction avec celui des siennes. En agitant du sang veineux avec de l'hydrogène, préalablement dépouillé de tout l'oxigène qu'il peut contenir, au moyen d'une éponge de platine, aucun changement de couleur ne s'est jamais manifesté; et en agitant ensuite ce même sang avec de l'air atmosphérique, il est toujours devenu d'un rouge écarlate comme d'ordinaire. Dans toutes les expériences que j'ai faites à ce sujet, je me suis servi de sang tiré depuis une heure et au plus depuis trois heures.

» Il me semble donc qu'il n'y a aucune raison de douter de l'exactitude de l'opinion jusqu'ici généralement admise, que le sang veineux soumis, hors des vaisseaux, au contact de l'air, prend toujours la teinte particulière au sang artériel;

» 2.° Un point beaucoup plus intéressant me reste à examiner; c'est celui qui a rapport aux altérations que l'air subit dans sa composition pendant que s'opère le changement de couleur du sang mis en contact avec ce fluide. On croit généralement que le passage du sang d'une teinte

foncée à une teinte plus claire, est en rapport avec la disparition d'une portion d'oxygène et avec la formation de l'acide carbonique. M. Davy au contraire cherche à prouver que ces altérations de l'air ne sont jamais produites par du sang récemment tiré des vaisseaux, et que lorsqu'elles ont été constatées par d'autres expérimentateurs, elles étaient nécessairement le résultat de la putréfaction du sang, de la même manière qu'elles pourraient avoir lieu par la décomposition d'une matière animale quelconque.

» Il m'est pénible de dire ici que sous ce point encore mes expériences me forcent à être en opposition directe avec un chimiste aussi habile et aussi exact que M. Davy. Cependant j'ai répété, pas moins de treize fois, l'expérience de l'agitation du sang avec de l'air atmosphérique, espérant trouver quelque fait qui pût faire cadrer mes observations antérieures avec celles de M. Davy, mais en vain; dans aucun cas je n'ai pu observer ce défaut d'action du sang sur l'air qu'il croit avoir établi. Comme ce point est d'une haute importance, je vais rapporter en détail les expériences que j'ai faites, d'autant qu'elles me paraissent fournir, sur l'artérialisation du sang, des notions plus complètes que celles que nous possédions jusqu'à ce jour, et qu'elles prouvent complètement que l'artérialisation, sous le rapport seulement du changement de couleur du sang et des modifications que subit l'air, est un phénomène purement chimique et nullement vital. De plus, elles pourront, je pense, contribuer plus tard à expliquer quelques points douteux de la physiologie du sang, qu'il serait autrement très-difficile de concevoir.

» Dans les expériences que je vais rapporter, j'ai dépouillé le sang de sa fibrine hors du contact de l'air. Je suis parvenu à le faire en remplissant un flacon jusqu'au bord avec du sang tiré par une large ouverture à la veine, en y jetant quelques petits morceaux de plomb, en le

fermant avec un bouchon à l'émeri sur l'un des côtés duquel on avait pratiqué une petite gouttière, et en agitant fortement le tout pendant quelque temps. Toute la fibrine et une très-petite quantité de matière colorante, étaient ainsi entraînées par le plomb, et le sang se trouvait soustrait au contact de l'air, excepté seulement à celui de quelques bulles qui pénétraient par la rainure du bouchon après le refroidissement.

Le mélange de sérum et de matière colorante qui résultait de cette première opération, était ensuite ramené à la température de l'appartement, qui varia dans le cours de ces expériences, entre 6,5° et 11.° centigrades. Le mélange ainsi refroidi était introduit rapidement dans un flacon gradué, de la capacité de vingt-trois pouces cubes. J'employais ordinairement dix pouces cubes du mélange; j'agitais alors le liquide avec l'air pendant deux minutes, en ayant soin de ne pas échauffer l'appareil par le contact de mes mains.

» Dans toutes les expériences que j'ai faites de cette manière, j'ai toujours observé une diminution sensible dans le volume de l'air employé; mais il n'était pas facile de déterminer exactement la mesure de cette diminution de volume, à cause de l'écume dont se recouvre la surface du sang, et qui, persistant pendant plusieurs jours, empêche de pouvoir prendre exactement le niveau du liquide. Voici le procédé dont je me suis servi, et qui m'a parfaitement réussi. J'ai employé un flacon à deux tubulures, chacune munie d'un robinet et d'un tube. A l'un de ces tubes s'ajustait exactement un autre petit tube recourbé à ses deux extrémités et en sens inverse; l'extrémité libre de ce tube plongeant sous une éprouvette pleine d'air et renversée sur de l'eau. Après avoir agité le flacon et ajusté le tube recourbé, j'ouvrais le robinet; l'eau montait alors dans l'éprouvette, et il était facile de

mesurer son élévation, et par conséquent de calculer la quantité d'air absorbée, en rétablissant le niveau entre l'eau que contenait l'éprouvette, et celle sur laquelle elle était renversée. Il est inutile d'ajouter que j'avais grand soin, pendant ces manipulations, de ne pas échauffer l'appareil.

» Cette méthode est très-bonne pour démontrer le fait de l'absorption et même pour en mesurer l'étendue; mais elle a le désavantage de permettre l'introduction de l'air du dehors dans le flacon, et de rendre ainsi plus compliquée l'analyse de l'air qui a été en contact avec le sang. Pour rémédier à cet inconvénient, j'ai modifié l'appareil de la manière suivante : j'ai remplacé le tube en S par un tube de Woulf, et j'en ai fait plonger l'extrémité libre dans un bain de mercure qui montait nécessairement dans le tube lorsqu'on ouvrait le robinet correspondant. Cette élévation, mesurée et comparée à la pression atmosphérique au moment de l'expérience, donnait, par un calcul très-simple, le volume exact de l'air restant dans le flacon, d'où l'on pouvait conclure facilement la quantité de l'absorption. Après avoir mesuré l'élévation du mercure dans le tube, j'adaptais à l'autre tubulure du flacon un tube droit terminé en haut par un entonnoir. En versant de l'eau dans l'entonnoir et en ouvrant les deux robinets, une portion de l'air contenue dans le flacon était forcée de s'échapper par le tube recourbé sur le bain de mercure : là je le recueillais et je le soumettais à l'analyse, au moyen du phosphore pour l'oxygène, et de l'eau de baryte ou de potasse pour l'acide carbonique.

» A l'aide de ces moyens j'ai constaté, dans chacune de mes expériences, qu'il y avait une diminution sensible de l'air du flacon; ou en d'autres termes qu'une partie de l'air était absorbée. L'étendue de cette absorption a varié dans les différentes expériences en vertu de causes que j'expo-

serai plus tard. Les extrêmes de cette variation ont été de 0, 32 à 1, 14 pouces cubes pour dix pouces cubes d'un mélange de sérum et de matière colorante.

Dans tous les cas aussi il y a eu formation d'acide carbonique. La présence de ce gaz a été mise hors de doute par la diminution du volume de l'air analysé, résultant de l'action de l'eau de baryte ou de potasse, et par la formation d'un précipité blanc, lorsque j'employais le premier de ces réactifs. La quantité d'acide carbonique ainsi formé a toujours été beaucoup moindre que celle de l'oxygène qui avait disparu; elle n'a jamais dépassé 0, 25 p. c. et d'ailleurs elle n'a jamais beaucoup varié, car je ne l'ai jamais trouvée au-dessous de 0,20 p. c. Il est facile de se rendre raison d'une aussi faible production d'acide carbonique. Le sérum du sang, comme M. Davy l'a constaté, a une grande tendance à dissoudre ce gaz; de sorte que dans les cas dont il s'agit, aidé de l'agitation, il en a bientôt absorbé un volume égal au sien. On peut donc être sûr que dans toutes les expériences qui nous occupent, la quantité d'acide carbonique formé a été beaucoup plus grande que celle que j'ai trouvée dans l'air contenu dans le flacon.

» L'acide carbonique s'est toujours formé aux dépens de l'oxygène de l'air soumis à l'expérience. La preuve en est que presque toujours la quantité d'oxygène de l'air avant l'expérience a été égale à la somme de l'oxygène restant après l'expérience, plus la quantité de l'absorption mesurée par la diminution du volume de l'air, et enfin la quantité d'oxygène de l'acide carbonique. Quelquefois la somme de toutes ces quantités réunies a été moindre d'une petite fraction, que celle de l'oxygène contenue dans l'air avant l'expérience; mais la différence a toujours été très-faible et renfermée dans les limites d'erreurs compatibles avec ce genre d'expérience; mais dans aucun cas cette somme n'a dépassé celle de l'oxygène primitif.

» La quantité d'azote dans l'air restant m'a toujours paru être exactement la même avant et après l'expérience. Dans trois cas les quantités de ce gaz ont été trouvées comme il suit :

	Avant l'exp.	Après l'exp.
1.°	10,10 p. c. . .	10,12
2.°	10,26 . . .	10,27
3.°	10,33 . . .	10,35

» Il n'y a eu bien certainement ni absorption ni émission d'azote par le sang. Dans deux expériences cependant il m'a semblé qu'il y avait eu exhalation d'une petite quantité d'azote par le sang, mais les moyens d'analyse ne sont pas assez exacts pour pouvoir admettre ce résultat comme indubitable.

» Il est donc clairement démontré que lorsque le sang veineux prend la teinte rouge écarlate du sang artériel par son agitation dans l'air atmosphérique, il disparaît une proportion considérable de l'oxygène de cet air, qu'il se forme de l'acide carbonique, et qu'on trouverait à l'analyse beaucoup plus de ce dernier gaz si le sérum du sang ne jouissait pas de la faculté de le dissoudre. Ainsi tous les phénomènes essentiels de l'artérialisation du sang dans les poumons pendant la vie, en ce qui touche au moins le changement de couleur du liquide, et l'altération de l'air ont lieu également bien dans le sang hors des vaisseaux, et par conséquent ces phénomènes sont indépendans de la vitalité.

» J'ai déjà remarqué que l'absorption qui a lieu lorsqu'on agite du sang veineux avec de l'air atmosphérique varie considérablement dans les différentes expériences. Il en est de même de la quantité totale de l'oxygène qui disparaît et qui comprend cette absorption et l'oxygène de l'acide carbonique. Les extrêmes auxquels elle s'est élevée dans mes nombreuses recherches ont été de 1,4 pouce

cube, et 0,57 pour dix pouces cubes de sang; et entre ces limites, j'ai observé les variations les plus grandes; elle a été des $\frac{2}{3}$, $\frac{3}{4}$, $\frac{4}{5}$ d'un pouce cube, d'un pouce et $\frac{1}{10}$, et d'un pouce et $\frac{1}{4}$.

» Ces variations sont trop grandes pour qu'on puisse les attribuer à de simples différences dans le contact du sang avec l'air extérieur pendant que le liquide s'écoule de la veine; car j'ai toujours eu soin de ne soumettre à l'expérience que du sang qui avait coulé rapidement et à plein jet de l'ouverture du vaisseau, et il est arrivé en outre, pour une raison qu'on ne tardera pas à connaître, que dans les quatre expériences dans lesquelles j'ai observé la moindre disparition d'oxygène, que le sang avait été recueilli avec plus de promptitude que dans aucun autre. En un mot, les portions de sang qui agissaient le moins sur l'oxygène de l'air avec lequel on l'agitait, étaient justement celles qui avaient pu le moins être modifiées par l'air pendant qu'on les recueillait.

» Il me semble intéressant de rechercher quelles sont les causes réelles de ces différences dans la quantité d'oxygène absorbé; car elles sont principalement inhérentes à certaines différences dans l'état du sang veineux, différences que prouvent d'ailleurs d'autres faits physiologiques.

» La première de ces causes est une différence dans le degré de *veinosité*, si je puis m'exprimer ainsi, qu'acquiert le sang en traversant les vaisseaux capillaires. La preuve que cette différence existe, c'est la variété de teinte que présente le sang veineux, et qui n'a échappé à aucun praticien. La couleur ordinaire du sang, au moment où il sort de la veine, est d'un pourpre foncé; mais dans beaucoup de maladies fébriles dans lesquelles la circulation est très-accélérée, et surtout dans les cas de rhumatismes aigus très-violens, la teinte du sang est beaucoup plus claire : dans plusieurs circonstances j'ai

vu le sang veineux s'élancer de la veine avec une teinte rouge si brillante, que l'opérateur trompé croyait avoir ouvert une artère. Cet état particulier du sang veineux tient sans doute à ce que le sang artériel a subi moins de modifications (*has been less venalized*) dans son passage dans les vaisseaux capillaires; et il n'est pas nécessaire en général de chercher d'autre cause de ce défaut de changement que la grande rapidité de la circulation. La preuve que dans ces cas le sang traverse les capillaires avec une force et une rapidité plus grande que d'ordinaire, c'est que le jet du liquide qui s'échappe par l'ouverture de la veine est lui-même très rapide et quelquefois même saccadé comme un jet de sang artériel.

» Mais les différences que je viens d'indiquer dans la *veinosité* du sang, sont encore plus clairement démontrées par les différences qu'il présente dans sa faculté d'agir sur l'air atmosphérique en altérant sa composition. Une faible action du sang sur l'oxygène de l'air, dans le passage de ce liquide à l'état artériel, indique simplement qu'il se rapproche davantage de cet état, ou, en d'autres termes, qu'il est moins veineux. Aussi observe-t-on que cette faible action sur l'oxygène se rencontre invariablement dans les maladies fébriles et caractérisées par une grande accélération de la circuation, sans qu'il y ait d'ailleurs aucun trouble dans la respiration. C'est ce qui arrive spécialement dans les cas de rhumatisme aigu, et les quatre observations que j'ai mentionnées ci-dessus, dans lesquelles l'action du sang sur l'oxygène avait été le plus faible, étaient des affections de ce genre. Dans ces quatre cas, le sang veineux offrit une teinte plus claire que de coutume, et dans celui où il n'y eut que 0,57 pouces cubes d'oxygène absorbé, le jet du sang était si vermeil, que la personne qui pratiquait la saignée crut un moment qu'elle avait ouvert l'artère.

» Une autre cause qui fait varier l'action du sang veineux sur l'air atmosphérique, c'est la différence qu'on observe dans la proportion de la matière colorante de ce liquide.

» Aucun physiologiste n'ignore que la proportion des matières solides contenues dans le sang, et par conséquent celle de la matière colorante, diffèrent considérablement dans une foule de circonstances. Ce sujet cependant, quoique très-important, a été jusqu'ici peu étudié; on n'a recueilli que très-peu de faits, et l'on a fait à peine quelques expériences. C'est un point que je me propose de traiter par la suite, et sur lequel j'ai déjà commencé quelques recherches; mais mes expériences sont encore trop peu avancées pour que je puisse en parler ici. Je puis dire cependant qu'il existe réellement une très-grande différence dans la proportion des matériaux solides du sang, ou, comme on dit, dans la richesse du sang, et que la matière colorante de ce liquide paraît particulièrement diminuée dans les périodes avancées de la fièvre et dans certaines espèces d'hydropisies.

» Cela posé, j'ai à peine besoin de dire que lorsque la quantité de matière colorante est très-petite, l'action du sang sur l'air atmosphérique est également très-faible. Le fait suivant en est un exemple frappant. Une jeune femme, affectée d'hydropisie dépendant d'une hypertrophie du cœur, fut saignée, et son sang, préparé à la manière habituelle, fut soumis à l'expérience. Quoiqu'il fût d'une couleur très-foncée, ce sang agit à peine sur l'oxygène. Dix pouces cubes de ce liquide n'absorbèrent que 7/10 de pouce cube d'oxygène, ou environ la moitié de la quantité habituelle. Je m'expliquai facilement ce résultat par l'état du sang qui ne contenait qu'une très-faible proportion de matière colorante. »

M. Christison termine son mémoire par quelques observations sur les expériences de M. J. Davy : il ne recherche

pas quelles peuvent être les causes des différences qu'elles ont présentées: Il fait seulement remarquer que ce chimiste n'ayant agi que sur de très-petites quantités de sang, a pu être facilement induit en erreur. En effet, les quantités d'oxygène absorbé et d'acide carbonique formé dans ses expériences ont dû être tellement petites, qu'il devenait très-difficile, pour ne pas dire impossible, de les apprécier.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

État des artères et circulation a la tête et au cou après la ligature d'une des artères carotides primitives; *obs. par M. Valentin Mott, professeur de chirurgie.* — En 1818, voulant enlever une tumeur carcinomateuse, située sur le côté droit de la face et du cou, et occupant un espace assez considérable, M. Mott pratiqua la ligature de l'artère carotide primitive vers le milieu de l'espace qui sépare le larynx du bord supérieur de la clavicule. Peu de temps après l'opération, le malade fut pris d'une affection des poumons, à laquelle il succomba au bout de trois mois et dix-neuf jours. Ayant obtenu de conserver la tête pour l'examiner, il la sépara du tronc par une section faite à la partie supérieure du sternum, au-dessous de l'articulation des clavicules, et entre la seconde et la troisième côtes, de manière à conserver les épaules après avoir toutefois désarticulé les bras, et à pouvoir injecter les artères sous-clavières et leurs branches. L'aorte ascendante et une partie de la descendante furent aussi conservées. Pour faire pénétrer d'une manière certaine l'injection dans les artères de la tête et du cou, on introduisit un long tube dans l'aorte ascendante, et on le fit entrer dans l'artère carotide primitive gauche. On poussa alors avec précaution une injection fine de cire dans ce vaisseau, et on réussit parfaitement à remplir toutes les artères de la tête et du cou. On injecta ensuite l'aorte elle-même, pour remplir les artères sous-clavières et leurs branches. Voici maintenant la description que donne M. V. Mott, des principales artères et des modifications qu'elles avaient subie.

« 1.° *Artères qui fournissent au côté droit de la tête et du cou.* —

Après avoir enlevé les tégumens de la partie antérieure du cou et avoir mis à nu l'artère carotide depuis son origine au tronc innominé jusqu'à l'angle de la mâchoire, je trouvai ce vaisseau complètement oblitéré dans toute cette étendue et formant un cordon solide et ligamenteux divisé en deux parties ; cette division était le résultat de l'application des ligatures. La veine et le nerf étaient dans leur état naturel. Le calibre de la sous-clavière droite était considérablement augmenté ; il égalait celui du tronc innominé depuis son origine jusqu'aux muscles scalènes. L'artère carotide gauche avait un volume double de celle du côté opposé ; ses branches avaient éprouvé une semblable modification, et leur trajet était devenu très-flexueux et très-irrégulier.

En se rappelant les connexions qui existent entre les artères du côté gauche de la tête et celles du côté droit, et leurs libres anastomoses avec la sous-clavière, nous pouvons nous faire une idée exacte des branches qui doivent nécessairement remplacer la carotide gauche qui sont plus nombreuses encore. Une description détaillée des nombreux vaisseaux qui communiquent avec la carotide, serait fastidieuse et sans intérêt ; il suffit d'indiquer les principales branches et de donner une idée générale des anastomoses plus petites, et qui n'en sont pas moins belles. Nous trouvons donc, naissant de la sous-clavière ; 1.° l'artère thyroïdienne inférieure ; 2.° la cervicale profonde ; 3.° la cervicale superficielle ; et 4.° les artères vertébrales.

La thyroïdienne inférieure, peu après sa naissance de la sous-clavière, se divise en quatre branches ; deux se dirigent en bas et en dehors, et les deux autres en haut ; ces dernières se nomment branche thyroïdienne, et thyroïdienne ascendante. Ces deux branches méritent de fixer l'attention, en raison de l'augmentation considérable de volume qu'elles avaient éprouvé et de la grande quantité de sang qu'elles fournissaient aux autres artères du cou. Tandis que ces branches supérieures avaient acquis un volume au moins double de l'état naturel, les deux inférieures, savoir la transversale du cou et la transversale de l'humérus, quoique naissant du même tronc et recevant leur courant de sang dans la direction la plus favorable, avaient conservé leur calibre ordinaire. Ce phénomène s'observe fréquemment dans le système circulatoire. John Bell remarque « que de quelque manière que l'afflux du sang soit augmenté dans une artère ou dans un ensemble d'artères, l'effet qui en résulte est une accélération du mouvement du sang dans le vaisseau ; et il ajoute qu'un afflux de sang vers une partie quelconque produit une augmentation de volume des artères qui s'y rendent. D'après ces principes, nous ne devons donc pas être étonnés de voir dans le cas qui nous occupe, le volume de la sous-clavière si fortement augmenté

depuis son origine jusqu'aux muscles scalènes; car, dans ce point elle est appelée à fournir du sang à des parties nouvelles et très-importantes. La branche thyroïdienne se portant en haut vers le corps thyroïde et s'anastomosant avec l'artère thyroïdienne supérieure était une des voies de communication les plus importantes; aussi ses branches étaient-elles très-grosses et très-flexueuses, et s'anastomosaient-elles dans toutes les directions avec celles de l'artère supérieure.

La thyroïdienne ascendante est naturellement petite et peu importante; mais dans le cas dont il s'agit, elle avait au moins triplé de volume; elle montait le long du cou en formant de nombreux zigzags, appuyée sur les vertèbres, communiquant très-fréquemment avec l'artère vertébrale, se divisant en un grand nombre de petites branches à la partie supérieure du muscle sterno-mastoïdien, formant un plexus vasculaire très-beau avec la branche mastoïdienne de l'occipitale, et envoyant des ramifications à tous les muscles de la partie supérieure du cou.

Les cervicales profondes et superficielles offraient aussi une grande augmentation de volume, et fournissaient en haut de nombreuses branches qui s'anastomosaient avec les rameaux descendans de l'artère occipitale.

2.° *Artères du côté gauche de la tête et du cou.* — La carotide gauche, dont le volume, dans son trajet le long du cou, égalait celui du tronc brachio-céphalique, fournissait la plus grande partie du sang au côté droit de la tête et du cou. Afin de déterminer quelles étaient les artères dont le calibre était augmenté, il me semble nécessaire d'énumérer seulement les branches fournies par la carotide et principalement par sa face antérieure. Au-dessous de la mâchoire, elle sont au nombre de quatre : la thyroïdienne supérieure; la linguale, la pharyngienne et la maxillaire interne. Ces branches naissant directement de la carotide, semblaient autant de troncs contrinus et fournissaient une grande quantité de sang au cou et aux parties internes de la face. Les artères labiales et temporales, après avoir passé sous l'angle de la mâchoire et en se portant en haut sur la face, fournissaient une grande quantité de petites branches qui n'offraient aucune régularité. Des ramifications qui d'ordinaire sont négligées par les anatomistes, avaient dans ce cas acquis une très-grande importance. Les plexus et les anastomoses formés par ces ramifications, excitèrent ma surprise et mon admiration, et me firent comprendre parfaitement les principes de la circulation collatérale. Ces artères étaient en général très-grosses et très-flexueuses et s'anastomosaient fréquemment entr'elles. Les artères, dont le volume était le plus augmenté, étaient la mentale, la labiale inférieure, la coronaire et l'angulaire. L'artère optique avait aussi un calibre plus

grand que de coutume, et formait une magnifique anastomose avec l'angulaire.

Toutes ces artères communiquaient si librement avec celles du côté opposé, que lors de l'opération, je fus obligé de lier l'artère labiale avant qu'elle fut achevée. Cette libre communication a été encore confirmée après la mort, par la marche rétrograde de l'injection, qui passa sans difficulté dans toutes les artères du côté gauche, et vint remplir la labiale jusqu'au point où la ligature avait été appliquée pendant l'opération. L'artère temporale présentait son volume habituel; elle recevait le sang de toutes les artères des parties environnantes, des branches ascendantes de l'occipital, de la temporale gauche et de la transverse de la face. La facile communication de toutes ces artères entre elles, a été rendue évidente par l'injection qui, en descendant par l'artère temporale, est venue remplir complètement les artères carotides internes et externes et plusieurs de leurs branches, particulièrement la portion inférieure de la labiale jusqu'au point où elle se dégage de dessous la mâchoire pour se porter sur la face; cette artère se terminait au point d'origine de la mentale; cette dernère suivait sa marche ordinaire et recevait le sang de celle du côté opposé. A cette observation sont jointes deux figures gravées qui représentent tous les vaisseaux dont il est parlé. (*The American Journal of the med. Sciences*, mai 1831.)

Pathologie.

Ramollissement des lobes antérieurs du cerveau; perte de la mémoire. — Un menuisier travaillait à réparer le siège sur lequel se place le postillon de certaines diligences : il tombe, et, dans sa chute, heurte violemment du front la roue de la voiture. Pendant près d'une demi-heure il reste sans connaissance, perd beaucoup de sang, et, après quelques jours de diète, deux saignées, il peut reprendre ses travaux; mais il était loin d'avoir repris son état normal; il ressentait dans la région frontale une douleur peu vive, mais continuelle, avec exacerbations irrégulières : peu-à-peu ses fonctions intellectuelles s'affaiblirent, et chez lui la mémoire comme l'attention disparurent presque complètement; c'était avec peine que l'on fixait ses idées sur une chose, et la question que vous lui adressiez était souvent oubliée à l'instant même; ses urines et ses matières fécales s'échappaient souvent à son insu, non qu'il n'eût plus la faculté de les retenir, mais parce qu'il semblait ne pas y songer. Les membres inférieurs, sans être paralysés, ne pouvaient exécuter que des mouvemens très-bornés. Le malade succomba au mois d'avril 1829, et l'on trouva, dans l'étendue d'un pouce environ, un

ramollissement profond de l'un et l'autre lobes antérieurs du cerveau ; dans les mêmes points, les membranes étaient considérablement épaissies et comme cartilagineuses. (*L. A. Orillard. Propositions de médecine et de chirurgie*. Thèse. Paris 1831. n.° 15 p. 21.)

Apoplexie séreuse ; *obs. par M. Martin Solon.* — Un vieillard âgé de 76 ans, entra à l'hôpital Beaujon, le 2 mars 1831, ne pouvant plus marcher à cause de l'infiltration séreuse qui affectait ses jambes depuis quelque temps. Cet homme, d'une petite taille et d'une corpulence chétive, présentait l'état de stupeur et de bouffissure cachectique qui accompagne les maladies du cœur anciennes. On reconnut en effet, par la percussion et par l'auscultation, que le cœur avait un volume plus considérable que dans l'état normal; un bruit de soufflet peu distinct fit penser qu'il y avait quelque obstacle à l'un des orifices du cœur. Le pouls était régulier, sans dureté; la respiration était courte, devenait très-difficile lorsque le malade montait ou marchait vite, et les battemens du cœur l'obligeaient à s'arrêter. Thorax sonore; point de douleur de tête; désir d'alimens. (Repos au lit; tisane de pariétaire nitrée; potages.) En quelques jours la quantité de l'urine augmenta; l'œdème des membres inférieurs diminua graduellement; le malade put se promener dans la salle. Le 5, il mangeait le quart. — Le 10, palpitations peu sensibles, respiration libre, sommeil tranquille, exercice complet des facultés intellectuelles, promenade facile, appétit très-bon. La demi-portion est accordée. — Le 11, à la visite, état tout aussi satisfaisant que la veille. Quelques instans après, le malade se lève pour aller aux lieux d'aisance, mais bientôt il rentre dans la salle, le visage violet, se dirige vers son lit, et tombe sans proférer un seul mot. Il était mort. On veut pratiquer une saignée; le sang ne coule pas.

Autopsie faite le lendemain matin. — Dix ou douze onces de sang noir et liquide s'écoulent des veines extérieures de la tête lorsqu'on fait la section circulaire de la peau du crâne. Celui-ci enlevé, cinq ou six onces de sang s'échappent en arcades par la destruction de l'une des veinules qui se rendent dans le sinus longitudinal supérieur de la dure-mère. Cette dernière quantité de sang n'était point contenue dans le sinus longitudinal seul, car, en examinant plus tard ce vaisseau, il ne parut pas sensiblement dilaté. Ce sang venait des veines jugulaires internes et des sinus qui communiquent directement avec elles jusqu'à l'ouverture dont il a été parlé. Lorsqu'en effet la dure-mère eût été enlevée, on vit encore beaucoup de sang s'écouler par les sinus latéraux ; c'étaient les veines jugulaires qui continuaient à se vider de tout celui qu'elles renfermaient. — Surface du cerveau pâle ; arachnoïde transparente et non épaissie, soulevée par une infiltration séreuse, limpide, incolore, extrêmement abondante, qui

remplit le tissu cellulo-vasculaire de la dure-mère, et se répand sur les circonvolutions et dans les anfractuosités de toute la masse encéphalique. Cette sérosité, dont la quantité peut être évaluée à cinq ou six onces, s'écoule avec la plus grande facilité par les incisions que l'on fait à l'arachnoïde. Le réseau vasculaire de la pie-mère renferme très peu de sang. Les ventricules latéraux contiennent à-peu-près quatre onces de sérosité également limpide et transparente; leurs parois n'offrent aucun ramollissement; la substance cérébrale est pâle et d'une consistance moyenne; elle ne présente point de trace de congestion sanguine ni de ramollissement dans aucun point. — Cœur d'un tiers plus volumineux à-peu-près que ne le comporte la stature du sujet; ses cavités droites sont distendues par du sang noir liquide. Parois du ventricule droit amincies; la valvule triscuspide, cartilagineuse dans plusieurs points de sa circonférence frangée, offre peu de mobilité et ne peut entièrement s'appliquer sur les parois du ventricule, ni fermer tout-à-fait l'orifice auriculo-ventriculaire. Cette disposition, qui devait gêner la circulation du sang veineux, explique comment les veines jugulaires internes et externes contenaient tout le sang dont on les trouva engorgées. Le ventricule gauche, plus ample que dans l'état normal, est distendu par une grande quantité de sang liquide, et présente un amincissement notable de ses parois. — Les autres viscères n'offrent rien de remarquable, si ce n'est un peu de stase sanguine dans leur tissu. (*Journ. Hebd.*, tome IV, N.° 49.)

CONVULSIONS DÉTERMINÉES PAR LA DENTITION. INCISION DES GENCIVES. CESSATION DES ACCIDENS. — Le docteur L. E. Dubois fut appelé un jour auprès d'un enfant atteint de convulsions. Chez cet enfant, âgé de 14 à 15 mois, fort et vigoureux, l'éruption des dents incisives avait eu lieu sans orage. Depuis deux jours il était en proie à des convulsions violentes que l'on avait combattues par les moyens conseillés en pareil cas : les sangsues, les bains, les émolliens et les révulsifs, tout avait échoué. Ayant examiné le bord alvéolaire et reconnu que les quatre premières molaires tendaient à sortir, ce praticien proposa l'incision des gencives sur les quatre saillies produites par les molaires. Les parens s'y refusèrent d'abord et continuèrent les mêmes moyens avec aussi peu de succès; mais le lendemain ils consentirent à cette opération. Une incision cruciale fut pratiquée sur chacune de ces saillies; l'enfant fut mis immédiatement après dans un bain tiède où il resta une heure; il y eut un écoulement de sang assez abondant, qui procura un dégorgement salutaire. Tous les accidens disparurent sur le champ. Après le bain on le porta dans son lit où il dormit paisiblement; deux jours après il éprouva de nouveau quelques légers mouvemens convulsifs moins forts que

les précédens. On découvrit quatre nouvelles saillies correspondantes aux canines; l'incision simple fut pratiquée, et suivie immédiatement de la cessation complète des convulsions. (*Eng. Hamy, Diss. sur la premièr et la seconde dentition et sur les principaux accidens qui en sont les résultats.* Paris. 1831. n.° 3. p. 25.)

ARTHROCACE DES PREMIÈRES VERTÈBRES CERVICALES; AFFECTION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE. *Obs.* I.re — Apelline Cotte, âgée de 3 ans et demi, née d'une mère aliénée et dans une famille dont plusieurs membres sont atteints de scrofules, eût elle-même dès sa naissance les ganglions du cou souvent engorgés. A l'âge d'un an, elle éprouva une paralysie qui dura deux mois, et sur laquelle on n'a pu recueillir aucun renseignement. Au mois de novembre 1828, son cou augmenta de volume, et les mouvemens de la tête devinrent difficiles et douloureux; par fois ses membres inférieurs étaient frappés d'une telle débilité, qu'ils se refusaient à la soutenir. En février 1830, il survint une paralysie du bras gauche et une faiblesse très-grande de la jambe gauche; de la toux et de la diarrhée se joignirent à ces accidens; le gonflement du cou augmenta. A son entrée à l'hôpital, au mois de juin 1830 : tuméfaction du cou très-considérable, surtout à droite où l'on sent une fluctuation obscure; la tête est inclinée à gauche, et de ce côté on ne reconnait pas de fluctuation. Les vertèbres ne paraissent pas avoir changé de position et de rapport. La diarrhée est moins abondante, mais l'état de dépérissement de la malade est extrême; toux, râle muqueux vers le sommet des poumons. Elle contracta une ophthalmie purulente, qui régnait épidémiquement dans la salle où elle fut placée ; ses paupières s'infiltrèrent de pus. Trop épuisée pour qu'on essayât un traitement dont l'énergie eut hâté sa mort, elle ne tarda pas à tomber dans un affaiblissement rapide et après quelques jours d'une fièvre continue avec sueurs et diarrhée colliquative, elle s'éteignit le 26 juin, sans autre phénomène qu'un court assoupissement

Autopsie. — Les ventricules cérébraux étaient distendus par une notable quantité de sérosité. En divisant, avec le scalpel, les muscles du côté droit du cou, on donne issue à une quantité considérable de pus épais, jaune fauve, mêlé de grumeaux caillés, et assez semblable au pus des tubercules ramollis. Une incision sur les muscles du côté gauche fournit du pus de même nature et en aussi grande abondance. Le foyer purulent s'étend jusqu'aux condyles de l'occipital, descend au-devant de la deuxième vertèbre, et parvient jusqu'à la partie postérieure du pharynx. On trouve le condyle droit de l'occipital entièrement effacé, le gauche dépouillé de son cartilage et érodé; l'atlas carié et anguleux dans plusieurs points; ses articulations occipitales et axoïdiennes profondément cariées, surtout à droite ;

l'apophyse odontoï acine. Plus de traces de membrane synoviale es; quelques restes de ligamens, et les musc ertèbres en place, et ont empêché la luxation.

Obs. IIe *Apoplex* . — Davane, âgé de onze ans, d'une constitut e, mais nullement scrofuleuse, avait touj santé jusqu'au mois de février 1829, qu'il é dans les mouvemens du cou; quelques mois a s remuer la tête qu'avec la partie supérieure pital le 19 juin, il était depuis trois semaines ens maux de tête, qu'une saignée et un vésicato ient pu calmer, et avait perdu depuis trois jou uer le bras droit. Le cou est gonflé : le malade ns de vives douleurs, les mouvemens de rotatio a tête en arrière; il peut l'incliner un peu en iment et du mouvement dans le bras droit pre res inférieurs sains; langue légèrement déviée peu embarrassée; facultés intellectuelles intact de durée, les douleurs de tête ont pour siége la du crâne, sous le pariétal. (Douze sangsues s es et postérieure du cou.) Dans la soirée du 20 j peu de fréquence; pas de douleurs de tête. Le face couverte de sueurs, joues colorées; doule par des secousses qu'on lui a imprimées en la remuant; même état du cou. (Chiendent; trois ventouses derrière le cou.) Une heure après l'application des ventouses, le malade s'écrie qu'il étouffe, qu'il est suffoqué, et il expire.

Nécropsie. — Muscles de la partie postérieure du cou très-enflés, pénétrés de vaisseaux remplis d'un sang noir et fluide. L'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale fait saillie en arrière, parce que l'axis est un peu porté en avant, de sorte qu'il y a une dépression entre la troisième vertèbre et la première, sans que pourtant il y ait luxation. En dénudant l'occipital, on trouve près de son articulation gauche avec l'atlas, un peu de pus épanché, infiltré dans le tissu cellulaire qui l'entoure : ce tissu cellulaire est grisâtre. Les deux surfaces articulaires sont dépourvues de cartilages, inégales, présentant à nu le tissu spongieux de l'os, en un mot carriées. Dans l'articulation occipito-atloïdienne droite, il n'y a que la moitié de la cavité articulaire qui soit cariée; le sommet de l'apophyse odontoïde est rugueux. Les ligamens odontoïdiens paraissent détruits. La partie antérieure gauche du corps de l'axis est aussi dénudée et rugueuse, et le cartilage de son articulation gauche avec l'atlas soulevé par son bord. Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang noir.

Le cerveau, le cervelet et les membranes n'ont présenté aucune lésion.

La moelle épinière ne paraît pas avoir été comprimée au niveau de la deuxième vertèbre : elle avait sa forme ordinaire ; mais en la coupant suivant sa longueur, d'arrière en avant, elle a présenté au niveau de l'atlas, au-dessous des éminences olivaires, un épanchement sanguin, occupant un espace de cinq à six lignes de longueur qui, réuni, aurait pu avoir le volume d'un pois. Autour de l'épanchement, la substance médullaire a paru un peu ramollie, sans que sa blancheur fût altérée. Les viscères et les gros vaisseaux sont remplis d'un sang noir très-fluide. Le ventricule gauche du cœur est hypertrophié. L'estomac et la fin de l'intestin grêle offrent, le long de quelques veines dilatées, de petits points, de petites étoiles formés par du sang épanché ; là la membrane muqueuse est ramollie. La roideur cadavérique existait encore vingt-quatre heures après la mort. (*P. Yvaren; Dist. inaug. de l'inflammation articulaire des premières vertèbres cervicales.* Paris, 1831, N.° 6, p. 8 et 10.)

Contusion de l'abdomen ; péritonite ; mort. — *Obs.* I.re — E. J. Fr., ciseleur, âgé de douze ans, fortement constitué, allait à ses travaux, lorsque la rencontre de plusieurs voitures le força à se ranger derrière une borne dont la saillie ne le protégea pas assez pour l'empêcher d'être violemment heurté par un timon qui le frappa au ventre, et détermina sa chute sans lui faire perdre connaissance. Il fut apporté quelques heures après à l'Hôtel-Dieu : il souffrait beaucoup du ventre, qui n'offrait pas de traces de contusion ; on remarquait seulement quelques légères excoriations à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche ; la face était pâle, le pouls très-petit. (Application d'un large cataplasme, flexion légère des cuisses sur le bassin, tilleul, oranger.) Le 13, les douleurs abdominales étaient exaspérées par la moindre pression ; le ventre était tendu. On remarquait aussi les symptômes suivans : face pâle, terreuse ; sillon naso-labial très-prononcé ; les yeux mornes, ternes, abattus ; peau chaude ; petitesse et fréquence du pouls, respiration gênée, la langue sèche, la soif vive ; le malade ne rendait qu'une petite quantité d'urine, ce qui fit craindre une déchirure de la vessie ; aussi se hâta-t-on d'introduire une sonde de gomme élastique dans l'urètre, et de la laisser continuellement ouverte : il s'en échappe une urine dont la teinte rouge diminue les jours suivans. (Application de trente sangsues, fomentations émollientes, limonade légère, diète.) Le 14, l'abdomen est toujours tendu, douloureux ; le malade a vomi plusieurs fois. (Nouvelle application de trente-cinq sangsues.) Le 15, délire pendant la nuit ; langue humide, blanchâtre ; la face exprime toujours l'anxiété. Les vomissemens sont plus rares qu'hier.

Diminution des douleurs, moindre tension du ventre. Constipation depuis l'accident. (Vingt sangsues, deux quarts de lavement laudanisé, demi-bain, petit-lait, diète.) Le 16, nuit encore fort agitée, face colorée, les traits grippés, pouls petit, ventre plus tendu; on ne distingue pas de fluctuation. Constipation, retour des vomissemens de matières bilieuses. (Demi-bain; lavement mucilagineux, sérum.) Même état jusqu'au 19. Alors cessation des vomissemens, évacuation alvine. La sonde est supprimée depuis quelques jours, car l'urine a repris les qualités naturelles. Le 20, tension continue du ventre, petitesse et fréquence du pouls, voix éteinte. (Embrocation légère avec huile laudanisée.) Le 21, délire continu, plaintes. Face profondément altérée, peau froide, pouls presque insensible, respiration fréquente, déjections involontaires; enfin la mort arrive à six heures du soir.

Autopsie trente-huit heures après la mort. — Rideur prononcée, légère excoriation à la cuisse. — *Abdomen*. Quoique la peau ne présente pas de traces de contusion, les muscles sont infiltrés de sang noir; le péritoine est d'une rougeur très-prononcée; ses deux feuillets sont unis entre eux par des concrétions jaunâtres, albumineuses; sérosité purulente remplissant le petit bassin, circonvolutions intestinales recouvertes de fausses membranes, et unissant entr'eux les organes intestinaux: aucun d'eux ne présentait de déchirure. Le tube digestif était sain, excepté le duodénum, qui présentait à un pouce au-dessous de l'ouverture pylorique, une ulcération à bords élevés, pénétrant jusqu'au tissu cellulaire sous-muqueux.

Obs. II.— *Rupture de l'iléum.* — J. Ch., palfrenier, âgé de 23 ans, est apporté à l'Hôtel-Dieu le 27 février au soir. Il était dans l'état suivant: face décomposée, traits tirés vers la racine du nez, nausées continuelles; toutes les huit ou dix minutes, vomissemens de matières bilieuses; respiration pénible, courte; pouls petit, très-fréquent; extrémités froides, douleurs très-vives à l'abdomen qu'exaspère la moindre pression, et qui souvent arrachent des cris au malade; peu de tuméfaction au ventre, mais une sorte d'empâtement général de sa paroi. La vessie ne paraissait pas distendue, et cependant le malade n'urinait pas. On apprend que ce malheureux a reçu la veille, à quatre heures du soir, un coup de pied de cheval lancé à grande volée: au moment de la blessure, qui eut lieu peu de temps après le repas, la douleur a été atroce et suivie de perte de connaissance: bientôt, malgré une saignée, se développèrent les symptômes de péritonite suraiguë; la petitesse du pouls semblait contr'indiquer la saignée générale: on se contenta d'appliquer quarante sangsues sur le ventre; le malade fut mis au bain, et il éprouva un soulagement momentané: il eut une évacuation d'urine

et de matières fécales qui n'étaient pas teintes de sang; mais les vomissemens continuaient, l'abdomen était douloureux, la voix éteinte, les extrémités froides. Charrier expira trente-trois heures après l'accident, et douze heures après son entrée à l'hôpital. Il conserva jusqu'au dernier moment l'usage entier de sa raison.

Autopsie cadavérique. — L'abdomen ne présente à l'extérieur aucune trace de contusion. Les muscles de la paroi antérieure sont sains. A l'ouverture du ventre il se répand une odeur fétide : cette cavité est remplie d'un liquide séreux, dans lequel nagent des matières fécales qui remplissent surtout le petit bassin. Le péritoine présente une grande quantité de plaques rouges, plus nombreuses et plus prononcées sur les intestins ; de fausses membranes imparfaites réunissent ces organes ; le mésentère présente des taches noirâtres, analogues à des ecchymoses. Vers la terminaison du jéjunum et le commencement de l'iléum, on trouve une déchirure de la largeur d'une pièce d'un franc ; elle est de forme arrondie ; ses bords, de couleur noirâtre, sont rétractés. Il y a un peu de rougeur autour de cette lésion, qui est bien évidemment la cause de la mort. Tous les autres organes sont sains. L'auteur rapporte encore une observation de rupture du foie, déterminée par une chute sur l'hypochondre droit. Cette déchirure avait un pouce et demi de longueur et trois lignes de profondeur. (M. Th. Pénasse, *Thèse*. Paris, 1831, N.° 14.)

HERNIE ÉTRANGLÉE SIMULÉE PAR UN GANGLION INGUINAL RENFERMANT DU PUS. — Le D.r Macilwain fut consulté par MM. Lidderdale et Field, pour une tumeur que portait une femme dans la région inguinale. On lui rapporta que pendant quelques jours cette malade avait présenté tous les symptômes d'une entérite, que l'on avait envain combattue par tous les moyens employés en pareil cas. C'est alors que l'on découvrit dans l'aîne la présence d'une tumeur, qui parut au docteur Macilwain assez dure, lisse et un peu élastique, et dont le siège correspondait à-peu-près à l'anneau crural. Dans son centre on percevait une fluctuation obscure ; et la peau qui la recouvrait était presque naturelle. La malade présentait tous les symptômes d'une hernie étranglée : hoquet, nausées, vomissemens de matières stercorales, et constipation opiniatre. Le cas était difficile, et quelques caractères que présentait la tumeur, comme sa situation par rapport aux vaisseaux cruraux, et une certaine mobilité, portèrent M. Macilwain à penser que ce n'était point une hernie ; cependant, telles étaient les circonstances dans lesquelles se trouvait la malade, que l'on ne pouvait hésiter de s'assurer du véritable caractère de la tumeur. En conséquence ce chirurgien, d'accord avec les médecins qui l'avaient appelé, incisa avec précaution la peau et le tissu cellulaire sous-jacent, et mit à découvert une glande, ayant dans son

centre une cavité remplie de pus. L'opérateur continua la dissection pour bien s'assurer qu'il n'existait point de hernie, et la plaie fut réunie selon les règles ordinaires. La circonstance la plus remarquable de ce fait, c'est que, quelques heures après l'opération, il y eut naturellement des évacuations alvines (*Macilwain. Surgical observations* etc. *Londres*. 1830, in-8. p. 308.)

Ulcération de la vessie. Destruction d'une artère. Hémorrhagie. Mort. — Un homme, âgé de 50 à 60 ans, portait depuis une trentaine d'années un rétrécissement de l'urètre, qui avait donné lieu à de violentes stranguries et à de nombreux abcès auxquels avaient succédé des trajets fistuleux au périnée, près de l'anus et sur le pubis, qui lui occasionnaient une grande incommodité. Il reçut pendant plusieurs années les soins du docteur Hunter, qui, soit par la cautérisation, soit par les sondes, dilata le rétrécissement de manière à prévenir de nouvelles stranguries, mais le jet de l'urine resta toujours petit. Satisfait du mieux qu'il éprouvait, le malade ne voulut plus rien faire pour améliorer davantage sa position.

Dans cet état il eut l'imprudence de faire un copieux repas, et de boire beaucoup de punch : dans la nuit suivante, il fut pris de strangurie, et une sonde introduite ne donna issue à aucune goutte d'urine. Il existait une violente douleur dans la région de la vessie, lorsque Everard Home fut appelé. Ce chirurgien introduisit un cathéter qui ne donna issue qu'à du sang, et crut qu'il n'était point arrivé jusque dans la vessie. Bientôt la douleur s'accompagna de fièvre, et par intervalles, de délire ; alors une ponction fut faite à la vessie par le rectum ; deux onces d'urine seulement s'écoulèrent par la canule ; aucun soulagement ne s'ensuivit, et le malade succomba le lendemain.

Autopsie. — La vessie était distendue par de gros caillots de sang mêlés avec un peu d'urine. En recherchant la source d'où provenait cette hémorrhagie, on découvrit sur le côté postérieur de la vessie une petite ulcération qui avait détruit la membrane interne seulement et une artère qui avait fourni le sang qui remplissait toute la cavité vésicale. (*Everard Home. Treatment of Strictures in the urethra*. 2.° édit. T. II. p. 231.)

Thérapeutique.

Opération pour remédier a la logophthalmie ; *par le docteur Jungken.* — Après avoir décrit l'opération ordinaire et fait remarquer combien peu la réussite en est certaine, l'auteur arrive à la description de celle qu'il propose. « Je circonscris par une incision toute la cicatrice que j'enlève avec soin, en élargissant la plaie de manière à donner à la paupière une longueur suffisante, et à pouvoir la ramener

facilement à sa place naturelle. Pour plus de sûreté, il est bon de tracer la figure de la cicatrice à enlever sur un morceau de papier avant de l'attaquer. J'isole ensuite un lambeau de peau sur le côté de la joue, si c'est la paupière inférieure qui est malade, et sur le front si c'est l'inférieure. Ce lambeau doit avoir exactement la même figure que la plaie résultant de l'enlèvement de la cicatrice, et rester fixé aux parties environnantes par un pédicule étroit. Je dissèque ensuite ce lambeau en ayant soin de conserver autant de tissu cellulaire que possible. Le pédicule doit être assez long pour permettre de retourner le lambeau et de l'appliquer sur la plaie, sans détruire les connexions. J'étanche le sang avec beaucoup de soin à l'aide de l'eau fraiche; j'enlève les portions de sang coagulé, et alors j'adapte le lambeau à la plaie, en ayant soin que les bords et les surfaces saignantes de l'un et de l'autre se rencontrent exactement. Quelques points de suture maintiennent le tout en place, quelques bandelettes de taffetas d'Angleterre et un plumasseau de charpie soutenu par un bandage approprié complètent l'appareil.

« On doit conserver le pédicule jusqu'à ce qu'on ait raison de croire que l'adhérence a eu lieu entre les surfaces mises en contact. On la divise ensuite d'un coup de bistouri conduit sur une sonde cannelée, tout près du bord du lambeau, et la portion qui reste libre est ramenée sur le point d'où elle avait été prise et maintenue à l'aide de bandelettes agglutinatives. On ne doit enlever les fils composant les points de suture que lorsque l'adhérence est déjà solide. On les remplace par des bandelettes agglutinatives qu'on maintient jusqu'à ce que la cicatrisation soit parfaite. On rapproche autant que possible les bords de la plaie résultant de l'enlèvement de lambeau, et on les maintient avec des bandelettes adhésives de manière à ce que la cicatrice soit aussi petite que faire se pourra. »

M. Jungken a pratiqué deux fois l'opération que nous venons de décrire. Le premier cas est celui d'un jeune garçon scrofuleux, chez qui un érysipèle gangréneux avait détruit la peau de la paupière inférieure du côté droit, et avait donné lieu à un renversement complet de cette partie. La seconde opération a été faite sur un ouvrier qui, par suite de la piqûre d'un scorpion avait eu la paupière inférieure et la joue gauche frappées de gangrène. L'auteur avoue avec candeur que ces deux tentatives n'ont pas réussi; mais il ajoute plus bas que le docteur Fricke de Hambourg, pendant son séjour à Berlin a été plus heureux, et qu'il a pratiqué cette opération avec un plein succès. Il en a donné la relation dans un mémoire intitulé : Sur la *formation de nouvelles paupières*, ou *blépharoplastie*, Hambourg 1829. (*Jungken's Lehre von dem Augen operationen* et *London med. and phys. Journal*. Juin 1831.)

ANÉVRYSME AXILLAIRE; LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE; — *Obs. par Valentine Mott M. D.* — William Hines, âgé de 28 ans, vint à New-York consulter l'auteur le 24 août dernier. Environ sept semaines auparavant, il éprouva, en portant un canot, un violent effort qui fut suivi d'une large ecchymose dans tout le bras droit et le côté correspondant du thorax, et d'une violente douleur. Ces symptômes cédèrent cependant aux moyens qu'on emploie ordinairement dans ces cas. Trois semaines après cet accident, il apperçut sous le bras droit une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon et qui augmenta rapidement de volume. En l'examinant, M. V. Mott reconnut facilement l'existence d'un anévrysme de l'artère axillaire qui avait déjà acquis le volume d'un œuf de poule. La santé générale était d'ailleurs excellente; il ordonna le repos, une saignée, quelques laxatifs, et se détermina à pratiquer la ligature de l'artère sous clavière. Le 30, à onze heures du matin, aidé de MM. Vache et Hosack et en présence des docteur Barrow, Kissam, Rogers et Wilkes, il procéda à l'opération. Le malade placé sur une table, les épaules élevées et inclinées à droite, il fit une incision oblique de deux pouces de long, comprenant la peau et le muscle peaucier, et correspondant au milieu de l'espace triangulaire circonscrit en dedans par le muscle scalène, en dehors par l'omoplat-hyoïdien et en bas par la clavicule. L'aponévrose cervicale (*cervical fascia*) fut ensuite divisée dans l'étendue d'un pouce; à l'aide du doigt indicateur et du manche du bistouri il écarta le tissu cellulaire et la graisse, et mit à nu l'artère axillaire à l'endroit où elle sort d'entre les muscles scalènes. Après avoir débarrassé le vaisseau d'un peu de tissu filamenteux qui l'enveloppait, avec un bistouri à pointe mousse et tranchant seulement vers son extrémité, il passa, à l'aide de l'*aiguille américaine*, une ligature autour de lui de bas en haut et un peu au-devant des muscles scalènes. Une seule ligature fut suffisante et le malade ne perdit pas plus de deux cuillerées de sang pendant toute l'opération qui ne dura qu'environ un quart d'heure. Les lèvres de la plaie furent réunies par deux points de suture et par des bandelettes agglutinatives; on enveloppa le bras dans de la ouate, et il n'y eut pas d'abaissement de température dans le membre.

Le soir à huit heures, le malade se trouve bien et assure qu'il éprouve moins de douleur dans le bras qu'avant l'opération. La chaleur du membre est un peu plus grande que du côté sain; on sent une faible pulsation dans l'artère radiale, le pouls donne quatre-vingt-huit pulsations par minute. Les jours suivans quelques accidents fébriles se manifestent ainsi qu'une vive douleur dans le bras; quelques laxatifs et quelques gouttes de solution de morphine suffisent pour les faire cesser. Le quatrième jour les pulsations de l'artère

radiale sont très-distinctes et très-régulières, seulement elles sont faibles. Le neuvième jour on enlève les points de suture; la plaie est presque cicatrisée excepté le point qui correspond à la ligature, le pouls au poignet est presque revenu à son état naturel. Le douzième jour la ligature se détache spontanément, et le 27 septembre, vingt-huit jours après l'opération, le malade retourne chez lui à Smithville en Virginie, parfaitement guéri. (*The American journal of Med. sciences*. Février 1831.)

Cystotomie sus-pubienne. — *Obs.* I.re *Extraction de seize calculs; guérison.* — M. J.***, âgé de 78 ans, d'une bonne constitution, avait, en 1825, senti des douleurs dans la vessie, qu'il attribuait à l'existence d'un catarrhe de cet organe. Le cathétérisme fit reconnaître un petit calcul; dès lors le malade conçut l'idée d'en être délivré par la lithotripsie; mais l'extrême sensibilité du canal, et une tuméfaction considérable de la prostate firent bientôt juger cette opération impossible. L'effroi qu'inspirait la taille à M. J.*** lui fit supporter depuis ce moment les douleurs les plus violentes; la vessie devenait de plus en plus malade, et l'urine, purulente, rendait une odeur infecte. Les douleurs devinrent tellement intolérables, que M. J.*** réclama lui-même la cystotomie. Il se trouvait dans un tel état de dépérissement, que M. Amussat, qui lui donnait des soins, ne consentit à l'opérer qu'après avoir pris l'avis de MM. Magendie, Cler et Redet. La vessie ayant été explorée de nouveau, on reconnut la présence de plusieurs calculs. Le 14 octobre 1830, M. Amussat pratiqua la cystotomie sus-pubienne, d'après son procédé : la vessie, très-épaisse, était remplie de pus, et contenait seize calculs. Après l'extraction de ces corps étrangers la canule fut placée dans l'angle inférieur de la plaie, et celle-ci réunie immédiatement dans toute sa partie supérieure. Le 22, la canule fut supprimée. Le 28, l'urine commença à couler par le canal. Le 6 novembre, la plaie de l'hypogastre ne présente plus qu'une ouverture presque capillaire, par laquelle s'échappent de temps en temps quelques gouttes d'urine. La cicatrice est linéaire, et le malade, dont la guérison n'a été arrêtée par aucun accident, n'a pas tardé à se livrer à ses occupations ordinaires.

Obs. II.e *Mort.* — M. B.*** âgé de 67 ans, d'une bonne constitution, éprouvait depuis quelques années des symptômes de la pierre : il consulta un médecin de Versailles, où il habitait, qui constata la présence d'un calcul qui parut peu volumineux. Le 10 octobre, M. Amussat appelé en consultation, déclara que le calcul était très-gros, qu'il occupait la presque totalité de la cavité de la vessie, et que par conséquent la lithotripsie à laquelle le malade désirait être soumis était impraticable. M. B.*** se rendit à Paris, et fut opéré par le haut appareil, le 30 octobre.

Cette opération présenta quelques particularités remarquables. Avant de rien commencer, on réduisit, et on fit maintenir par un aide une hernie inguinale très-volumineuse du côté gauche. Le bistouri, en divisant la peau, coupa également un rameau artériel, qui fournit une hémorrhagie qu'on arrêta par la torsion de ce vaisseau. L'incision du tissu cellulaire, de la ligne blanche et de la vessie offrit peu de difficulté. Il n'en fut pas ainsi de l'extraction des calculs; la paroi abdominale avait une telle épaisseur, que l'opérateur avait de la peine à toucher, avec le bout du doigt indicateur, un gros calcul triangulaire, dont le sommet était en haut, et qu'il ne pouvait déplacer pour le charger plus facilement. Plusieurs fois il le saisit avec des tenettes minces; mais, quand il voulait faire franchir sa base à l'ouverture de la vessie, il lui échappait. Il fut obligé d'aggrandir un peu l'incision en haut, et de faire soulever le bas-fond de la vessie par le doigt d'un aide introduit dans le rectum. Il put alors extraire le calcul, dont la base avait deux pouces de large sur dix lignes d'épaisseur. Cette base se trouvait logée dans une cavité en forme de cuvette, que présentait un second calcul situé transversalement, et qui, avec l'autre, pesait un peu moins de quatre onces. La plaie fut ensuite pansée comme dans le cas précédent, et le malade placé dans son lit.

Aucun symptôme fâcheux ne se manifesta pendant les premiers jours qui suivirent l'opération; le malade ne se plaignait que de sa position dans son lit; il commençait déjà à prendre quelques bouillons, lorsque le 6 novembre, la canule s'étant dérangée, il éprouva de grands mouvemens d'impatience. On supprima la canule, qui était tellement serrée par la vessie, qu'il fallut quelque peine pour l'enlever. Du reste, la plaie était belle et cicatrisée dans toute sa partie supérieure. Depuis le 6, le malade a constamment accusé des douleurs dans le rein droit et la vessie; ces douleurs étaient accompagnées d'une fièvre lente et de diarrhée. Comme le pouls était petit et intermittent, on administra quelques grains de sulfate de quinine; on combattit avec succès la diarrhée par des boissons légèrement astringentes. Cependant le moral du malade s'affectait, et ses forces physiques diminuaient de jour en jour, lorsqu'il succomba le 13 novembre, quatorze jours après l'opération.

Autopsie. — La plaie hypogastrique est réduite à un trou qu'occupait la canule, la partie cicatrisée s'est très-peu désunie. Le péritoine n'offre aucune trace d'inflammation. Le rein droit contient un calcul noirâtre, dur, long de quinze lignes et en forme de corne. La pointe de cette espèce de corne était engagée dans le bassinet, et sa base, couverte d'inégalités mamelonnées, correspondait aux calices. La membrane muqueuse de ces derniers, du bassinet et de l'uretère était

enflammée et baignée de pus. La vessie est assez spacieuse; le tissu cellulaire et le péritoine qui entoure la vessie, sont parfaitement sains. Les autres organes n'offrent rien de remarquable. (D. C. Patzuris. *Quelques propositions sur la lithotripsie, la cystotomie, etc.*, thèse. Paris, 1831, N.° 45.)

LITHOTRITIE. *Destruction dans une seule séance d'un calcul dans une vessie séparée en deux cavités; par M. Tanchou.* — Ce médecin vient de faire part à l'Académie des Sciences d'une opération de lithotritie remarquable qu'il a pratiquée par son procédé. Voici le fait : un homme de 68 ans souffre depuis dix-huit ou dix-neuf ans d'une affection de la vessie; on le sonde, puis on lui apprend à se sonder lui-même; il y a deux ans, il se figure qu'il a la pierre; il s'adresse à un chirurgien lithotritiste qui le confirma dans cette idée : deux tentatives de broiement furent faites sans qu'on pût saisir le corps étranger. Dans le mois de juillet dernier, ce malade est adressé à M. Tanchou par M. Cazenave, son médecin ordinaire; il est sondé et exploré avec soin; on lui reconnaît la pierre, mais de plus on trouve que la vessie est divisée en deux cavités, une antérieure et une autre postérieure, où se trouvait le calcul; ces deux cavités semblent résulter d'une cloison congéniale ou d'une tumeur fibreuse qui se serait développée dans la poche urinaire; malgré cette circonstance, qui empêchait qu'on pût arriver facilement jusqu'à la pierre, M. Tanchou a essayé la lithotritie; cette opération a été pratiquée le 27 août dernier; la pierre a été saisie en un instant, *broyée*, *corrodée*, *détruite*; le détritus *extrait* en quelques minutes; le malade a été complètement débarrassé en une seule séance; des recherches multipliées faites dans la vessie attestent cette vérité. Depuis lors les douleurs et les épreintes ont cessé; il ne rend plus comme auparavant ses excrémens par suite des efforts auquel il était excité par le besoin fréquent qu'il avait de rendre ses urines; les jambes ne sont plus enflées, il se porte bien, il engraisse, mais il est toujours dans l'obligation de se sonder pour déplacer la cloison de la tumeur qui s'oppose à la sortie des urines.

Cette observation est remarquable, en ce que la lithotritie a pu sauver un individu qui eût probablement succombé à l'opération de la taille, à laquelle, à moins de le voir périr de douleur, on était obligé de le soumettre. Suivant M. Tanchou, sa méthode était la seule qui pût être tentée dans cette circonstance, puisque le procédé de broiement qu'il emploie est le seul où l'on ne soit pas exposé à pincer la vessie; qu'il est le seul qui permette de prendre la pierre et de la broyer sans désemparer; qu'il est le seul enfin où on ne fasse pas de morceaux, et avec lequel on retire incontinent dans l'instrument lithotriteur le détritus résultant du broiement.

Toxicologie.

Empoisonnement par l'opium. — Le nommé Ribes, sergent, âgé de 65 ans, était atteint depuis plusieurs années d'un rhumatisme articulaire : le mouvement des jambes ne pouvait s'exécuter, les articulations fémoro-tibiales étant entièrement ankylosées ; ceux de l'avant-bras et de la main se faisaient à peine, et souvent il ne pouvait se procurer du repos que par le secours de deux grains d'extrait d'opium. Dans un moment où les douleurs étaient plus violentes, il en prit une dose qu'il s'était procurée, assez forte pour amener l'empoisonnement. Des effets narcotiques ne tardèrent pas à se développer, et lorsque nous arrivâmes au lit du malade il était dans un assoupissement profond. D'après ce qui fut rapporté, il n'avait pas paru éprouver du délire ; la tête était penchée du côté droit ; la face était comme cadavéreuse ; on voyait sur les lèvres une teinte bleuâtre, les yeux immobiles, les muscles des membres et du tronc étaient dans un état de relâchement complet ; la déglutition était très-difficile, et il existait une immobilité et une insensibilité telles, qu'il était impossible de le tirer de cette propension au sommeil, de cet état comateux dans lequel il était plongé ; le pouls, qui était rare, et la respiration pénible et stertoreuse, le devinrent davantage le soir ; il y avait alors distorsion de la bouche. Le malade succomba dans la nuit. A l'ouverture cadavérique, que je fis douze heures après la mort, je vis les vaisseaux du cerveau et ceux des méninges gorgés de sang ; les ventricules latéraux contenaient plus de sérosité que de coutume, et il n'y avait pas de trace de congestion sanguine. Les poumons étaient d'une couleur violette, et leur tissu rempli de sang : celui qui était contenu dans les cavités du cœur me parut plus liquide qu'à l'ordinaire. La moelle épinière était saine. Le tube digestif et l'intestin grêle étaient phlogosés, ce qui sans doute n'était pas dû à la présence de l'opium. Le malade faisait un usage habituel des liqueurs alcoholiques. (J. B. Gimon, *Thèse. Essai sur l'opium.* Paris, 1831, N.° 31, p. 13.)

Empoisonnement par l'acide hydrocyanique. — Un pharmacien avait dans un flacon bouché à l'émeri de l'acide prussique préparé depuis environ trois mois. Pensant qu'il était décomposé, et voulant faire nettoyer le vase, il le débouche et cherche à reconnaître par l'odorat l'état de l'acide ; il tombe aussitôt, et reste une demi heure sans donner le moindre signe de vie. Au bout de ce temps, il commence à respirer, sans pour cela reprendre l'usage de ses sens ; ce ne furent que les stimulans, et principalement la décoction de café, qui furent capables de faire cesser ce fâcheux état. Il consomma dans la journée dix-huit onces de café, il en est résulté une gastro-

entérite qui, après quelques jours d'une convalescence apparente, fut suivie d'une péritonite. Les saignées et les émolliens furent heureusement employés pour combattre cette dernière maladie. (*Gazette méd.*, t. II, N.° 40.)

Académie royale de Médecine. (Septembre.)

Séance du 6 septembre. — CHOLÉRA MORBUS. — Parmi les objets dont se compose la correspondance, se trouve une lettre de M. Barbier, d'Amiens, qui trouvant dans les symptômes primitifs du choléra une grande analogie avec ceux des fièvres intermittentes pernicieuses, propose le sulfate de quinine comme préservatif de cette maladie.

M. Métivier communique à la Société une lettre qu'il a reçue de M. Delaunay. de Moscou. Ce médecin regarde comme inutiles ou dangereuses les mesures que l'on dirige contre la contagion du choléra, à laquelle il ne croit pas. Il n'a pas retiré du magistère de bismuth les avantages qui lui ont été attribués.

— M. Desporte propose que la commission des épidémies soit invitée à faire des recherches sur les maladies épidémiques qui depuis deux ans ont régné à Paris, dans le but d'éclairer l'étude des épidémies qui pourraient survenir. Cette proposition est adoptée.

— M. Villeneuve lit les conclusions de son rapport sur les ceintures hygiéniques du sieur Champion, conclusions dont l'adoption avait été ajournée. Il a fait analyser chimiquement les tissus dont elles sont composées, et il persiste dans le jugement qu'il a porté sur l'inefficacité de ces ceintures contre l'infection du choléra.

— M. Thillaye fait un rapport sur une machine de l'invention de M. Touchard, mécanicien à Bordeaux, destinée à contenir sans aides les malades qui doivent subir des opérations chirurgicales. Le rapporteur, tout en louant l'habileté et les efforts de l'auteur, n'a pu donner son approbation à cette machine. Il se fonde principalement sur la préférence à donner à des aides intelligens. Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

TUMEUR FIBREUSE ; ABLATION DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. Rapport de M. Hervey de Chégoin sur une observation communiquée par M. Lafont, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Nantes. — Une jeune fille âgée de dix-sept ans, après avoir éprouvé pendant un an de vives douleurs dans une des dents de l'os maxillaire supérieur du

côté droit, vint à Nantes. Le médecin qui la vit reconnut une tuméfaction de l'os maxillaire, remarquable surtout sur le bord alvéolaire qui formait une courbe arrondie et saillante, assez développée pour s'opposer à l'occlusion de la bouche. La membrane muqueuse qui la recouvrait était mince comme une feuille de papier; la tumeur, tout-à-fait indolente, donnait sous le doigt la sensation d'une fluctuation commençante. On crut en conséquence a une accumulation de liquide dans le sinus maxillaire, et on pratiqua une ponction avec un bistouri étroit qui pénétra aisément dans une substance molle, mais qui ne donna issue qu'à une petite quantité d'un liquide inodore et séreux. Après cette tentative inutile, la malade retourna chez elle où elle passa deux ans sans trop souffrir; c'est alors, c'est-à-dire trois ans après le début de la maladie, qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 3 mars 1831. A cette époque, la partie supérieure de l'os maxillaire n'était pas beaucoup plus tuméfiée que deux ans auparavant, mais le bord alvéolaire avait acquis le volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur, logée en partie dans la bouche, faisait à l'extérieur un relief considérable. Elle offrait un grand nombre de bosselures dures, de grosseur inégale, et à des distances variables. Sa couleur était celle des membranes muqueuses les plus rouges, mais elle changeait plusieurs fois dans la journée. La joue droite était déjetée en dehors, et la bouche distendue outre-mesure pour laisser passer cette tumeur; il n'existait entre elle et la mâchoire inférieure, qu'une petite ouverture par laquelle la malade faisait pénétrer, à l'aide d'une lame de couteau, quelques mouillettes de pain trempées dans du vin. L'appétit était bon et toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement. Aussi M. Lafont ne balança point à proposer l'ablation de la tumeur, et il la pratiqua le 15 mars, de la manière suivante : une incision partant de la commissure droite fut prolongée horizontalement jusques vers le bord antérieur du masséter. Toute la base de la tumeur fut ainsi mise à nu. Une serpette à lame très-forte et à manche un peu long fut enfoncée en arrière dans l'os malade et ramenée en avant, jusqu'à la base de l'apophyse nasale. Delà, résulta une section horizontale dans l'intérieur même de l'os, et placée dans toute sa longueur à la hauteur du pli que forme la muqueuse en passant des gencives à la lèvre supérieure. La gouge et le maillet servirent ensuite à écarter les deux bords de la solution de continuité, ainsi que la symphyse maxillaire en avant. Dès-lors l'opérateur, ayant la facilité de placer ses doigts entre la tumeur et le plancher de l'orbite, parvint à la renverser en partie en devant pour introduire de nouveau les serpettes, et achever en arrière la section de la voûte palatine. La tumeur enlevée, il resta une énorme cavité, dont la paroi supérieure

était formée par la voûte même de l'antre d'Hygmore. Le fond de celui-ci n'avait aucun mauvais aspect, si ce n'est en dehors où l'on apercevait quelques *grumeaux d'apparence carcinomateuse*. Des cautères chauffés à blanc avaient été préparés. Mais la malade se sentant très-fatiguée, on ne crut pas devoir y recourir, et l'on se contenta, après avoir épongé la plaie, qui donnait peu de sang, de la remplir avec des bourdonnets de charpie. Trois aiguilles droites servirent à réunir les deux parties de la joue, par la suture entortillée. L'opération et le pansement n'ont duré que 25 à 30 minutes. La tumeur avait une forme sphéroïde, elle pesait une livre neuf onces. Tout son intérieur présentait une masse homogène et assez consistante, de *nature fibro-cartilagineuse*. Dans le centre existait une dent canine parfaitement saine. Les autres dents, visibles à l'extérieur, formaient à la base de la tumeur une sorte de demi-couronne. Il n'est survenu aucun accident. Le troisième jour on retira deux aiguilles et une partie de la charpie; le quatrième, la dernière aiguille et le reste de la charpie. On fit des injections d'abord émollientes, puis détersives, en y ajoutant quelque peu de chlorure de chaux. Le huitième jour, la malade a quitté l'hôpital dans un état de santé générale parfait, et deux mois après M. Lafont a reçu une lettre du médecin de la malade, qui lui annonce que sa guérison est complète.

M. le rapporteur fait suivre cette observation de réflexions dans lesquelles il cherche à déterminer le véritable caractère de la tumeur enlevée, et où il examine l'observation sous le rapport du manuel opératoire. Par une appréciation rigoureuse de toutes les circonstances du fait, il arrive à conclure que la tumeur était de nature fibreuse, et qu'elle n'a acquis que secondairement la dureté cartilagineuse, ce qui paraît surtout bien établi par le succès de l'opération. Quant au procédé opératoire proprement dit, qu'il faut préférer pour l'ablation de ce genre de tumeur, il n'a rien de fixe; on fait comme on peut, et l'on doit convenir, dit M. le rapporteur, que M. Lafont s'y est bien pris pour rendre la tumeur mobile et pour enlever l'os maxillaire; mais par une omission de l'auteur, qui ne parle point de l'état de toutes les portions d'os qu'il a cru nécessaire d'enlever, de la voûte palatine, par exemple, et du rebord alvéolaire, puis de la symphyse qu'il a séparée avec la gouge et le maillet, je me trouve conduit à demander si l'ablation de toutes ces portions d'os était indispensable? Cette réflexion n'est que conditionnelle, elle tombe d'elle même si la voûte palatine et l'os, près de la symphyse, étaient nécrosés ou profondément altérés, comme cela arrive quelquefois en pareil cas. M. le rapporteur termine en donnant des éloges à la hardiesse et à la dextérité de l'opérateur.

Séance du 13 septembre. — CHOLÉRA-MORBUS. — L'Académie entend la lecture de deux lettres, l'une de M. Hipp. Cloquet, président de la commission médicale envoyée en Russie, et adressée à M. le président de l'Académie ; l'autre de M. Gaymard, membre de la même commission, adressée à M. Kéraudren. M. H. Cloquet, dont la lettre est datée du 16 août, annonce que le choléra avait perdu de son intensité lors de son arrivée à Pétersbourg, et que le nombre des malades diminue de jour en jour : il regarde cette maladie comme tout-à-fait différente du choléra sporadique décrit par les auteurs. La description que M. Cloquet donne des symptômes du choléra et des observations cadavériques observées dans un cas où il a fait l'autopsie, n'offre rien d'assez particulier pour être mentionné. Il en est de même des réflexions de M. Gaymard.

M. François communique l'extrait d'une lettre de Vienne, à la date du 1.er septembre. Il y est dit que, le cordon sanitaire de Gallicie ayant été levé sur l'avis du docteur Stiff, médecin de l'empereur, qui considérait le choléra comme non contagieux, ce fut à dater de cette époque que cette maladie pénétra en Hongrie et s'avança vers Vienne. Du 18 août au 1.er septembre, le choléra s'est manifesté dans deux cents villages de la Hongrie : 19,338 personnes en ont été atteintes ; 10,000 sont mortes ; 3,000 ont guéri, et 7,000 environ étaient encore au traitement. Jusqu'alors le choléra n'avait envahi que cinq villages d'un même canton, distans de quatre à cinq lieues de Vienne. Ils ont été cernés avec la plus grande rigueur. L'inquiétude était très-grande à Vienne, mais on n'avait pas appris qu'il s'y fût déclaré aucun cas de choléra.

M. Amussat, au nom de M. Brayer, lit une note dans laquelle l'auteur propose, comme pouvant préserver du choléra qu'il attribue à un miasme particulier, des voiles analogues à ceux que portent les femmes en Turquie. Suivant ce médecin, qui a pratiqué la médecine pendant neuf années à Constantinople, c'est à ces doubles voiles de mousseline, que les femmes turques ne quittent que dans les maisons, qu'elles doivent d'être moins sujettes que les hommes aux maladies miasmatiques communes au pays ; les voies de la respiration et de la déglutition se trouvent ainsi défendues contre la libre introduction de l'air extérieur qui ne peut arriver que tamisé, et les particules délétères sont arrêtées par les filamens de la mousseline. (Renvoyée à la commission pour le choléra.)

REMÈDES SECRETS. — M. Guéneau de Mussy fait un rapport sur une *poudre* dite *rafraîchissante* de M. de Foy. Cette poudre est un composé de fleurs d'oranger, d'huile essentielle d'anis, de menthe, de safran, de carmin. M. le rapporteur invoque contre cette préparation la loi qui défend à quiconque n'est ni pharmacien, ni médecin, la vente de tout médicament.

Action désinfectante du chlore. Appareil de M. Frigério.—M. Pelletier fait un rapport sur cet appareil présenté dans la dernière séance, et qu'il regarde comme plus avantageux que celui de Guyton de Morveau. Dans celui-ci, au moment où l'on verse l'acide hydrochlorique ou l'acide sulfurique sur le peroxyde de manganèse, ou sur le mélange de cette substance et de sel marin, le dégagement du chlore est quelquefois si abondant qu'il peut incommoder, et au bout de quelque temps le dégagement est presque nul. Par le procédé de M. Frigério, au contraire, qui consiste à éliminer le chlore du chlorure de chaux par le moyen d'un acide qui se combine avec la chaux, le dégagement du chlore n'est point instantané; on peut l'activer ou le modérer à volonté en versant l'acide par gouttes. M. Frigério se sert de préférence de l'acide acétique, dont une partie se volatilise avec le chlore et modifie son odeur désagréable. L'acide acétique, étant d'ailleurs susceptible de s'allier au camphre, aux huiles volatiles dont il favorise l'expansibilité, permet de joindre à l'action du chlore celle que peuvent exercer les vinaigres aromatiques. Le rapporteur se livre ensuite à des considérations sur l'action chimique du chlore sur les matières végétales et animales. Il pense que les chlorures alcalins seuls, comme les emploie M. Labarraque, sont préférables lorsqu'on veut agir sur des corps solides; mais que le chlore gazeux, comme dans la méthode guytonnienne, doit être plutôt employé quand il s'agit de désinfecter l'air, de détruire les miasmes qui y sont suspendus. M. Pelletier termine, en proposant à l'approbation de l'Académie, l'appareil de M. Frigério comme devant être employé utilement dans les endroits où se développeraient des maladies qu'on pourrait attribuer à des émanations putrides. — Ce rapport est le sujet d'une longue discussion. M. Delens, qui en trouve les conclusions trop favorables, regrette que M. Pelletier ait omis d'établir une comparaison entre l'appareil de M. Frigério et les appareils antérieurs. Il trouve les mêmes avantages aux flacons désinfectans imaginés par Guyton de Morveau. M. Pelletier répond que les flacons ont les inconvéniens reprochés au procédé de Guyton; que c'est surtout au procédé lui-même qu'il s'est attaché, et que celui qui consiste à dégager le chlore des chlorures lui paraît de beaucoup préférable aux autres procédés. M. Guibourt dit que l'idée de dégager le chlore par des acides n'est pas nouvelle et appartient à M. Masuyer, de Strasbourg. Il blâme l'addition des aromates, tels que le camphre, parce qu'ils sont décomposés par le chlore, et que la portion employée à cette décomposition est perdue pour le but qu'on se propose. M. Pelletier fait observer que l'acide acétique peut être excepté. Cet acide est sursaturé d'oxygène; il résistera par conséquent beaucoup plus à l'action du chlore. Mais

pour obtenir ce résultat, réplique M. Guibourt, il faudrait n'employer que l'acide acétique et non le vinaigre. Or, le premier est trop peu répandu pour croire qu'on ne lui substitue pas le second, dans la composition duquel il entre des principes qui neutraliseraient encore une portion du chlore dégagé. — M. Labarraque n'admet pas la théorie émise par M. Pelletier. Il n'est pas besoin, suivant lui, que le chlore soit séparé de l'oxyde alcalin pour agir sur les miasmes. Les chlorures dissous dans l'eau assainissent parfaitement l'air vicié par des émanations délétères. M. Pelletier croit que dans cette circonstance il y a encore décomposition des chlorures par l'acide carbonique de l'air qui transforme le chlorure en sous-chlorure. D'ailleurs, les chlorures sursaturés de chlore laissent échapper une portion de ce gaz. — M. Moreau avait avancé que depuis dix-huit mois ou deux ans, l'appareil de M. Frigério était employé avec avantage à l'hospice de la Maternité. M. Rochoux répond que l'appareil, tout en fonctionnant depuis deux ans, n'a pas empêché qu'il y ait eu des épidémies à la Maternité plus fréquemment qu'ailleurs. Il s'élève contre les assertions de ceux qui présentent le chlore comme moyen curatif ou préservatif des maladies épidémiques. En Espagne, lors de l'épidémie de 1823, comme en Russie pour l'épidémie du choléra, on a fait des expériences qui tendent singulièrement à diminuer les propriétés qu'on attribue au chlore. — M. Laudibert présente le dessin d'un appareil désinfectant, imaginé lors des guerres d'Allemagne par un pharmacien de ce pays, et qu'il avait alors regardé comme préférable à l'appareil de Guyton. Cet appareil, plus simple que celui de M. Frigério, et dont M. Pelletier reconnaît la supériorité, consiste en une bouteille à deux goulots surmontée d'un entonnoir à robinet. Mais le rapporteur n'avait pas à juger si l'appareil de M. Frigério était le mieux possible, mais s'il était bon, et si son procédé devait être préféré à ceux qu'on employait. — Le rapport est adopté avec de légères modifications.

La séance est terminée par la lecture d'un rapport de M. Andral, sur un mémoire de M. Marc d'Espine, intitulé : *Recherches expérimentales sur quelques-unes des bases du diagnostic dans les maladies du cœur et de la circulation.* M. Andral, qui a été à même de vérifier les observations et expériences de l'auteur, donne son adhésion aux principaux résultats auxquels l'auteur est arrivé. Cet important mémoire, dit le rapporteur, n'est pas moins remarquable par la rigueur philosophique avec laquelle les conclusions sont déduites, que par l'intérêt même qu'elles présentent. (Ce mémoire est inséré au commencement de ce numéro de notre Journal.)

Séances du 20 et 22.—La Société a entendu dans ces deux séances la lecture de l'instruction sur le choléra, rédigée par M. Double, et

approuvée après une discussion qui n'y a fait apporter que de très-légères modifications.

Séance du 27. — CHOLÉRA-MORBUS. — M. Medelhoffer communique l'extrait d'une lettre de Vienne, en date du 17 de ce mois, relative au choléra. Après plusieurs jours de pluie précédés d'un violent ouragan, il s'est manifesté un grand refroidissement dans l'atmosphère. Avant cette époque, le choléra était mal prononcé dans Vienne, et son existence y était contestée ; mais après l'ouragan et les pluies, il s'est manifesté tout-à-coup épidémiquement du 13 au 14. L'*Observateur de Vienne* indiquait alors jusqu'à 130 malades; on était déjà revenu de la première terreur qu'avait occasionnée cette invasion prononcée, parce que l'opinion de la contagion avait perdu du crédit, lorsqu'on avait vu, dans beaucoup de maisons, un malade ou un mort sans propagation immédiate.

M. Londe, membre de la commission médicale envoyée en Pologne, est présent à la séance. Il promet de communiquer prochainement à l'Académie le résultat de ses recherches.

M. Louyer-Villermay fait un rapport sur un mémoire de M. Toulmouche, de Rennes, intitulé : *Observations sur la lésion de quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion et de la préhension*. Ce travail, auquel le rapporteur accorde de grands éloges, confirme, suivant lui, les idées que M. Itard avait déjà publiées. Les conclusions qu'il a fournies à l'auteur se rapprochent de celles qui sont ressorties de plusieurs travaux modernes sur les fonctions du cerveau et du cervelet.

DIAGNOSTIC DE L'HYDROCÈLE. — M. Ségalas lit une note sur un moyen propre à faciliter le diagnostic de l'hydrocèle. N'ayant pu, dans un cas où tout faisait présumer l'existence d'une hydrocèle, constater la transparence de la tumeur par les moyens ordinaires, il imagina de se servir du tube oculaire de son appareil pour voir dans l'urètre, c'est-à-dire, d'un cylindre d'argent ouvert aux deux bouts ce cylindre, appliqué par une extrémité sur la tumeur, l'œil fut placé devant l'autre; il put apprécier facilement la transparence dans presque tous les points de la tumeur. M. S. explique ce résultat par la direction perpendiculaire des rayons qui sortent de la surface examinée, et par l'isolement de ces rayons qui produisent sur l'œil une impression plus distincte. — M. Roux objecte que ce moyen ne pourra être d'aucune utilité dans les cas où la transparence ne peut pas être constatée par le procédé ordinaire, par exemple, lorsque la tunique vaginale est le siège d'un épaississement cartilagineux. Du reste, il se propose de faire l'essai du moyen de M. Ségalas. A cette occasion, ce professeur fait observer que la transparence n'est pas un signe pathognomonique de l'hydrocèle, et qu'une tumeur du

scrotum présente quelquefois une extrême transparence, quoiqu'il y ait sarcocèle. Il fut dernièrement consulté pour un fait de ce genre. Un chirurgien avait regardé la maladie comme une simple hydrocèle. Il s'était laissé tromper par la transparence, et n'avait tenu aucun compte de la pesanteur spécifique. Cet effet se remarque lorsque le testicule, bien que dégénéré, n'a point contracté d'adhérences, et quoique le scrotum ne contienne qu'une petite quantité de liquide.

Académie royale des Sciences.

Séance du 5 septembre. — **Physique médicale. Sur un moyen d'apprécier le chaleur.** — On donne lecture d'un mémoire rélatif à un nouvel instrument pour apprécier les plus petites sources de chaleur. MM. Nobili et Melloni, auteurs de ce travail, y ont consigné les résultats d'expériences fort curieuses. Ces savans ont appelé leur instrument *Thermo-multiplicateur*. C'est une espèce de thermoscope dont la première idée appartient à M. Nobili, qui en donna connaissance au public par une note insérée l'an passé dans la *Bibliothèque universelle* de Genève. Cet instrument a reçu, depuis, des perfectionnemens importans : il suffira de dire qu'il est affecté par la chaleur naturelle d'une seule personne placée à la distance de vingt-cinq à trente pieds. Les premières expériences ont eu pour objet de comparer la sensibilité du thermo-multiplicateur avec celle des thermoscopes ordinaires ; elles ne sont pas complètement décisives, à cause de l'imperfection des thermoscopes que MM. Nobili et Mélloni avaient à leur disposition ; mais elles leur ont donné lieu d'appercevoir une imperfection grave dans les instrumens dont on s'est servi jusqu'à ce jour pour mesurer de petites quantités de chaleur rayonnante. Quand on expose une lame de verre au soleil ou à toute autre source de rayons calorifiques, des rayons qui arrivent à la face inférieure, une partie traverse directement toute l'épaisseur du verre, l'autre s'arrête dans les premières couches, s'y accumule jusqu'à ce qu'elle ait acquis un certain degré de force, et se propage ensuite de proche en proche jusqu'à la face postérieure. On sait de plus que la première partie est d'autant plus petite par rapport à la seconde, que la température de la source calorifique est moins élevée ; d'où il résulte évidemment que si les rayons proviennent d'une source très-faible, leur passage à travers devient sensiblement nul. Or, tous les thermoscopes étant revêtus d'une cage en verre, sont, par cela même, dans une circonstance très-défavorable pour apprécier de petites quantités de chaleur rayonnante, surtout quand le corps échauffant ne fait que passer devant

l'appareil. Ce défaut n'existe point dans le thermo-multiplicateur, et des expériences ont montré qu'il indiquait le passage momentané d'un corps légèrement échauffé, tandis que le thermomètre de Rumfort y restait complètement insensible.

D'autres expériences ont servi à déterminer la rapidité du passage de la chaleur rayonnante à travers les corps transparens. En général, la perméabilité des corps aux rayons calorifiques semble dépendre de leur degré de transparence, et cette relation a semblé constante pour les premières substances soumises aux expériences; savoir : le sulfate de chaux, le mica, l'huile, l'alcohol et l'acide nitrique; mais cette loi s'est montrée tout-à-fait en défaut à l'égard de l'eau. Ce liquide, en effet, ainsi que l'ont constaté MM. Nobili et Melloni, intercepte le passage instantané de rayons calorifiques, et les arrête complètement; de sorte que, quelque mince que soit la couche de liquide, quand un pareil diaphragme est interposé, on peut faire passer un boulet rougi à une assez petite distance, sans que l'aiguille varie en rien. Il était difficile, après avoir observé la perméabilité instantanée de l'alcohol, de l'huile et de l'acide nitrique, de croire que la non-perméabilité de l'eau ne dépendît pas de son état de liquidité; cependant les expériences ont été faites avec de l'eau à l'état solide, et elles ont produit les mêmes résultats. Cette propriété de l'eau semble donc tenir à la composition chimique, et non à son état physique. Une troisième série d'expériences a eu pour objet de déterminer la chaleur propre des insectes, du phosphore et de la lumière lunaire. On a long-temps cru que la température des insectes était celle de l'air ambiant : cependant, comme il est démontré que ces animaux respirent, qu'il se forme en eux de l'acide carbonique, et que, par conséquent, il s'y opère une combustion qui doit être une source de chaleur, Davy a pensé que leur température devait être supérieure à celle de l'atmosphère. En introduisant dans leur corps un petit thermomètre, il a vu en général survenir une légère élévation du mercure; dans deux cas cependant, il y a eu abaissement : ainsi le moyen employé par Davy était fort imparfait, parce qu'il n'était applicable qu'à de gros insectes; parce que, la masse du thermomètre étant très-grande par rapport à la masse de l'insecte, l'instrument produisait, au contact avec le corps, une grande soustraction de calorique; parce que l'évaporation des humeurs, suintant à la suite de l'incision, devenait une cause de refroidissement à laquelle on doit probablement attribuer les deux cas anormaux dont il a été question; enfin par ce qu'on observait sur un animal souffrant. Avec un thermo-multiplicateur, ces inconvéniens peuvent être évités. En comparant les résultats obtenus sur des lépidoptères, MM. Nobili et Melloni

sont arrivés à une loi constante, savoir : que les chenilles possèdent toujours une température plus élevée que les papillons et les chrysalides; or, comme chez la chenille la respiration est beaucoup plus active et l'appareil respiratoire plus développé que dans l'insecte parfait, il en résulte que la théorie qui attribue la chaleur animale à une combustion lente, peut s'appuyer de ce qui se passe dans les insectes aussi bien que ce qui a lieu dans les diverses classes des vertébrés.

Il existe plusieurs corps auxquels on suppose, comme aux êtres animés, une température supérieure à celle de l'air ambiant; tel est le phosphore. Sommis à la même épreuve que les insectes, il a produit une déviation de cinquante degrés, quoique, au contact du thermomètre le plus délicat, il n'eut fourni aucun indice de chaleur. Les mêmes auteurs ont cherché à évaluer l'influence calorifique des rayons lunaires; mais ils n'ont pu encore écarter de leurs expériences les circonstances qui en rendent les résultats douteux.

Au moyen d'une modification assez légère, MM. Nobili et Melloni ont adapté leur appareil à l'application des pouvoirs émissif, absorbant et réflecteur des corps. Parmi les substances métalliques, ils ont reconnu que le meilleur réflecteur du calorique est le mercure; puis viennent les autres métaux dans l'ordre indiqué par Leslie. Le poli augmente le pouvoir réfléchissant bien moins qu'on ne le pense ordinairement. En substituant une lame de laiton brut et tel qu'il sort de la fonte à une lame de même qualité, mais portée au dernier degré de poli, ces deux savans n'ont observé qu'une diminution de deux degrés sur trente-six. Les substances non-métalliques n'ont presque pas la faculté de réfléchir la chaleur, quel que soit d'ailleurs l'état de leur surface. Les recherches sur le pouvoir émissif n'ont fait que confirmer des lois déjà connues. Quant à la faculté absorbante, les expériences ont présenté des résultats remarquables; telle est la loi suivante : « Le pouvoir absorbant est précisément en raison inverse de la faculté conductrice des substances. » Ainsi, pour les étoffes, la couleur étant la même, on obtient l'ordre suivant de force absorbante : soie, laine, coton, lin et chanvre; c'est précisément l'inverse pour la conductibilité. De même dans les métaux, l'échelle de conductibilité est comme on sait : cuivre, argent, or, acier, fer, étain et plomb; celle de la faculté absorbante s'obtient en renversant exactement cet ordre. MM. Nobili et Melloni ont varié leurs expériences par rapport à la couleur des corps. Par exemple, ils ont comparé le plomb à une pierre de couleur analogue, qui était moins bonne conductrice, et elle se montra toujours plus absorbante. Ils ont conclu de leurs recherches « qu'à égalité de circonstances dans la couleur et l'état

de la surface, un corps est d'autant plus doué de pouvoir absorbant, que sa conductibilité est moindre. »

Séance du 12 *septembre.* — CHOLÉRA-MORBUS DE LA MECQUE. — M. Félix Darcet communique à l'académie une note extraite d'une lettre du Consul général de France en Egypte, sur la maladie épidémique et contagieuse qui règne à la Mecque. Cette maladie s'y est déclarée dans la première quinzaine de mai dernier avec tous les caractères du choléra-morbus des Indes. Cette époque est celle de la réunion des pélerins venant de toutes les parties de l'empire pour visiter les saints lieux et faire les sacrifices. La mortalité a été très-grande, et au moment où sont parties les dernières nouvelles, le mal continuait ses ravages, et l'on portait à douze mille au moins le nombre des victimes. L'invasion de l'épidémie fut rapide, instantanée. Des individus dans l'état de bonne santé tombaient à terre, vomissaient, devenaient froids et mouraient sur la place. La première pensée qui se présenta fut que cette maladie était la peste; mais les ulémas, les schéicks, et même les médecins musulmans repoussèrent unanimement cette idée, en se rappelant l'article du Koran, qui dit que la peste a été pour toujours exilée des saints lieux par le prophète, et qu'elle n'y pourra jamais entrer. En recherchant les causes de cette mortalité si imprévue, on était généralement disposé à l'attribuer au manque d'eau. Dans le mois d'avril, de grandes pluies continues et les torrens qu'elles avaient formés avaient détruit les conduits qui portaient l'eau à la Mecque, de sorte que l'on se trouva privé d'eau douce dans cette ville encombrée d'une population extraordinaire. Les docteurs de la Mecque assuraient pourtant que cette circonstance n'était point la cause unique du mal. Le colonel du régiment de garnison avait, à ce qu'il semble, partagé aussi leur avis, car les tambours et la musique militaire cessèrent de se faire entendre, et la raison qu'on en donna fut que ces instrumens, inventés par les infidèles, avaient troublé trop long-temps par leur bruit importun le repos des saints lieux et violé la maison de Dieu, qui, dans sa colère, avait envoyé, non pas la peste, parce qu'il gardait la promesse donnée par son prophète, mais une maladie dont les ravages n'étaient pas moins grands. Il n'est pas besoin de rechercher si haut la cause de l'épidémie; il suffit d'observer qu'elle s'est montrée en même temps qu'une foule de pélerins sont arrivés de la Perse, des Indes, de l'Yémen et d'autres pays où elle règne. Indépendamment de cela, les médecins Européens, qui sont en petit nombre dans l'Hedjaz et à la Mecque, ont observé dans l'état de la température et de l'atmosphère des causes et des conditions suffisantes du développement de cette maladie. Il les trouvaient dans la chaleur qui s'est con-

stamment maintenue à trente et un degrés de Réaumur ; dans les grandes pluies qui ont donné lieu à une humidité délétère ; dans la continuité des vents de Sud et de Sud-Est ; dans le nombre prodigieux, cette année, de pélerins venus de contrés infectées, et entassés les uns sur les autres sur un petit espace ; dans le mélange des hommes sains et des malades ; dans l'irrémédiable habitude de porter les habillemens des personnes mortes d'affections plus que suspectes ; dans l'usage d'alimens de mauvaise qualité et de fruits verts ou pourris, mangés avec une avidité sans exemple ; enfin dans les fatigues inexprimables auxquelles cette multitude de dévots a dû se soumettre pour remplir le devoir religieux de visiter les lieux saints, qui sont des montagnes arides, malgré l'ardeur d'un soleil brûlant. On aura peine à croire en Europe ce qui s'est passé dans une de ces pieuses cérémonies ; en voicit un récit succinct : pendant les trois jours spécialement consacrés à des actes religieux qui précédent le courbaınbaïram, tous les pélerins, tous les habitans du pays, la garnison entière se rendirent à l'Arafata. Cette foule immense, pressée, amoncelée, y resta les trois jours entiers sans bouger de place. Pendant la troisième journée, elle fut inondée par un déluge d'eau ; mais on ne pouvait pas se retirer, il s'agissait de la prière pour la reconnaissance d'Adam et d'Eve après la sortie du paradis terrestre. Le nombre des morts, qui avait déjà été considérable, s'accrut pendant cette terrible journée, et surtout au moment où l'eau tombait avec le plus d'abondance, dans une progression effrayante. Tous ces cadavres restèrent sans sépulture ; ceux qui avaient survécu ne prirent pas le temps de les ensevelir, ayant trop de hâte de se rendre le soir même à Mina, lieu de la grande foire, pour jetter tous ensemble des pierres aux trois grands démons qui y ont été emprisonnés par le prophète. A ces scènes désastreuses de l'Arafata succédèrent des malheurs bien plus grands encore, et l'affreuse mortalité qui s'ensuivit fut proportionnée aux causes qui la produisirent. A la fête de Mina, l'usage est que chaque Musulman aisé tue et dépèce un mouton : on assure que trente-mille de ces animaux furent égorgés dans la journée. Le sang et les entrailles des victimes, les débris de leur chair livrés à la putréfaction, les exhalaisons des cadavres de l'Arafata, que le vent portait sur Mina, tous ces nouveaux principes de corruption et de mort vinrent porter au dernier degré d'intensité le fléau qui acablait ce malheureux pays. Mina fut bientôt comme un champ de bataille ; de minute en minute, on voyait des morts tomber dans les rues. Une épouvante universelle se manifesta, et tout le monde se mit à fuir, abandonnant les morts et les mourans, et en poussant des hurlemens affreux. A la Mecque, le mal augmenta aussi à la suite de ces

journées de désolation. Le nombre des victimes s'accrut de moment en moment, et l'on arriva à ce point qu'une une deux heures suffisaient pour qu'une personne passât par toutes les périodes de la maladie et succombât. Le gouverneur Abdir-Bey, qui n'avait pas voulu manquer à ses devoirs de bon musulman dans la grande journée de Mina, et qui s'y était rendu dès la veille pour faire le sacrifice des moutons, pour recevoir les visites d'usage et pour jeter des pierres aux esprits malins, fut attaqué, dans la nuit même, du choléra, et mourut avant le retour du jour.

« Quoiqu'on ait tout lieu d'espérer, dit M. le consul général, que cette épidémie, résultant de causes atmosphériques et de circonstances locales, se concentrera dans la ville de la Mecque et ses environs, le vice-roi sent qu'il est de la plus haute importance de prendre toutes les mesures de précaution possibles pour que ceux des pélerins qui voudraient revenir par l'Egypte ne puissent y entrer, sans qu'on ait la certitude qu'ils sont parfaitement sains et sans le moindre soupçon de maladie contagieuse. Les ordres sont déjà donnés pour qu'une quarantaine rigoureuse soit établie aux deux points de communication qui sont Suez et Kosseïr. Je me suis fait un devoir, pour ma part, d'appuyer mes observations à ce sujet par les considérations les plus puissantes. Mes raisonnemens ont trouvé près de lui un facile accès; son humanité, la justesse de son esprit, son intérêt bien entendu, l'ont naturellement porté à seconder de tout son pouvoir, et même à prévenir mes demandes. »

A cette exposition générale est joint le récit de deux cas de maladie, avec autopsie cadavérique, dont les détails n'offrent rien de particulier.

VARIÉTÉS.

Des mesures sanitaires prises en France contre le choléra-morbus, et de leurs conséquences.

Nous croyons devoir reproduire un article très-bien fait, inséré dans la Lancette française du 8 de ce mois, article où l'on peut reconnaître une plume exercée de longue main à ce genre de polémique.

« Si notre sécurité, par rapport au choléra-morbus, devait être en raison directe des précautions que l'on prend pour nous en préserver, nous n'aurions certes rien à redouter de ce fléau; on ne le verrait jamais sur notre territoire; les cordons de troupes, les lazarets, les quarantaines, et tous les moyens de purification mis en usage par nos Intendances et nos Commissions sanitaires, lui opposeraient sans doute une barrière insurmontable.

« A peine le choléra s'était-il manifesté à Riga, que M. le ministre de l'intérieur adressa une circulaire aux différentes commissions sanitaires du royaume, pour les inviter à se prémunir contre cette maladie. Par cette lettre, qui porte la date du 10 juin 1831, l'administration soumettait toutes les provenances de la Baltique *sans exception* à une quarantaine dont la durée devait être de 5 à 25 jours, suivant la nature de la patente de santé, ainsi que celle du chargement. Les bâtimens arrivant des ports russes, de la mer Noire et de la mer d'Azoff, étaient d'ailleurs considérés comme étant tous sans exception sous le régime de *la patente brute*, et soumis par conséquent au maximum de la quarantaine. Ainsi le premier acte du gouvernement français contre le choléra-morbus prescrit, comme on le voit, des mesures assez générales et en même temps assez rigoureuses.

« Mais une chose qui a paru fort étrange dans cette circulaire de M. Casimir Périer, c'est qu'il « y ajoute, dit-il, une note rédigée par M. Moreau de Jonnès, sur le choléra-morbus et les symptômes d'après lesquels on peut reconnaître cette terrible maladie. »

« Ainsi, bien qu'il y ait à Paris l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, la Société de médecine du département, etc, etc., c'est à M. Moreau de Jonnès, qui n'est pas médecin, qui n'a point vu le choléra-morbus, qui n'a jamais été dans les lieux où il règne, que des médecins de Moscou ont signalé comme ayant fait en Russie un mal incalculable par les mesures sanitaires qu'il a conseillées contre cette maladie; c'est à lui, disons-nous, que M. le ministre de l'intérieur s'est adressé pour avoir des données sur les symptômes et le caractère du choléra-morbus !!!

« Mais, après tout, quand on voit un médecin siéger dans un concours de sculpture à côté de nos premiers artistes, y a-t-il lieu de s'étonner qu'un militaire soit l'oracle de l'administration sur les questions de médecine !

« Le 25 juin, M. le ministre de l'intérieur adressa une seconde circulaire aux médecins de nos intendances sanitaires pour les engager à redoubler de zèle, d'activité et de vigilance, et leur annoncer que les provenances de la Hollande, du Danemarck et de la Prusse étaient placées sous le régime de *la patente suspecte*, et celles du port de Dantzick sous celui de *la patente brute*. Cette nouvelle mesure fut prise parce que des bâtimens avaient, dit-on, été expédiés de Riga, avec *patente nette*, et même *sans patente aucune*, après l'apparition du choléra dans cette ville; ce qui n'a cependant pas empêché les habitans du Danemarck et de la Hollande de jouir jusqu'à présent d'une santé parfaite.

« Suivant M. le ministre du commerce, *quelques lenteurs* s'étant fait

remarquer dans la marche des *affaires sanitaires*, une ordonnance en date du 26 juillet vint augmenter le Conseil supérieur de santé de dix nouveaux membres, mais, ce qui est assez remarquable, c'est que dans ce *puissant renfort* on ne rencontre qu'un seul médecin ; on dirait que le gouvernement n'aime pas à voir les mesures sanitaires conseillées par les hommes de l'art ; il craint sans doute de ne pas les trouver assez favorables aux moyens qu'il prescrit dans la vue de nous mettre à l'abri du choléra-morbus.

« Le Conseil de santé *ainsi fortifié*, les *affaires sanitaires* n'ont plus éprouvé de *lenteur*, du moins à en juger par les actes de l'administration, qui depuis lors ont été passablement nombreux.

« D'après une ordonnance rendue le 16 août, l'entrée du royaume par les frontières de terre et de mer est interdite à tous les effets d'habillement vieux ou même simplement *supportés*, constituant le commerce de la friperie, ainsi qu'aux garnitures de lit et aux fournitures des hôpitaux, casernes, camps ou lazarets. En vertu de la même ordonnance, les chanvres et lins provenant du nord ne seront admis dans nos ports qu'après avoir été déchargés et soumis à la ventilation dans les lazarets.

« Par une autre ordonnance du 26 août, les communications avec la ville libre de Francfort et son territoire, la principauté de Nassau, le grand duché de Hesse-Darmstadt, le grand duché de Bade, etc., ont été soumis à des restrictions qui frappent en même temps les personnes et les marchandises.

« Plus tard on a aussi rendu une ordonnance contre différentes substances animales, telles que pelleteries, laines, crins, cheveux, etc., objets qui forment en France une branche de commerce très-considérable et donnent à l'industrie une grande activité : des mesures sanitaires ont également été prescrites à l'égard des lettres et dépêches provenant des pays infectés ou présumés tels, ce qui occasionne ordinairement un retard de 24 heures dans la correspondance, qui ne nous parvient d'ailleurs qu'après avoir été tellement trempée dans le vinaigre, qu'elle est parfois presque illisible.

« L'administration n'a pas borné là sa sollicitude pour la conservation de la santé publique parmi nous ; une autre ordonnance du 16 août porte que des intendances sanitaires seront formées dans les chefs-lieux des vingt départemens qui seraient les premiers menacés, si le choléra-morbus arrivait jusqu'aux limites de notre territoire. La même ordonnance dit aussi que des commissions sanitaires agissant sous la direction des intendans seront créées dans les chefs-lieux de sous-préfectures de ces départemens et même hors de ces chefs-lieux, si les autorités locales le jugent nécessaire.

« Enfin une ordonnance du 20 du mois dernier porte que des inten-

dances sanitaires seront instituées sans délai dans les chef-lieux de quinze autres départemens, et que des commissions sanitaires seront également formées dans les chefs-lieux de sous-préfectures et agiront sous les ordres des intendances.

« Si nous ajoutons à tout cela la loi qui accorde un crédit d'un million pour les mesures sanitaires, tous les arrêtés des préfets, toutes les commissions formées par les autorités locales, les cordons de troupes qui couvrent nos frontières, les bâtimens qui croisent sur nos côtes, tant de l'Océan que de la Méditerranée, pour surveiller les provenances suspectes, enfin les nombreux lazarets que l'on construit en toute hâte sur nos frontières et dans nos ports pour recevoir les personnes et marchandises provenant des lieux infectés ou réputés tels, nous aurons certainement un appareil de mesures sanitaires des plus imposant, qui devrait nous garantir du choléra-morbus, si, comme on le prétend, cette maladie s'était propagée par contagion.

« Mais à quoi serviront tous ces moyens extraordinaires, cet immense déploiement de forces et toutes ces entraves mises aux relations des peuples, contre un mal qui n'est point contagieux, contre un mal qui se répand par la voie épidémique, et que jusqu'ici rien n'a pu arrêter ? A en centupler les ravages, à ruiner le pays et à soulever les populations contre des mesures qui appelleront en même temps sur elles la misère et la mort.

« Tels seront les résultats du système suivi par l'administration, qui loin de chercher à s'éclairer sur le véritable caractère du choléra-morbus, suit aveuglément la marche qui lui est tracée par ses conseillers, et repousse avec dédain l'expérience des hommes qui ont été témoins du fléau qu'elle s'obstine à vouloir combattre par des moyens qui ne peuvent que l'agraver. »

Instruction de la Commission centrale de salubrité de Paris, aux commissions d'arrondissement et de quartier.

Les mesures de salubrité, si utiles dans les grandes villes en temps ordinaire, deviennent d'une impérieuse nécessité, quand une épidémie grave nous menace. Alors, dans le but de diminuer autant que possible l'intensité du mal, si on ne peut le prévenir, l'administration et les citoyens doivent réunir leurs efforts pour obtenir un assainissement aussi complet que les localités le permettent.

C'est dans cette vue que M. le préfet de police, de concert avec M. le préfet de la Seine, a institué les commissions de salubrité.

Il fallait que les membres de ces commissions eussent les connaissances indispensables pour apprécier les causes d'insalubrité et les moyens d'y remédier ; qu'ils fussent nombreux pour les rechercher

dans tout Paris; que la considération, due à leurs caractères et à leurs lumières, donnât de l'autorité à leurs conseils. Il fallait que leur position sociale rendît leur exemple influent, s'il devenait nécessaire d'avoir recours aux souscriptions, pour des mesures qui dépasseraient les ressources de l'administration.

Il fallait aussi diviser les travaux pour les rendre exécutables avec rapidité, en réunir, en classer les résultats; il fallait enfin un point central où toutes les observations, tous les conseils viendraient aboutir; où ils seraient disposés dans leur ordre d'importance, où l'administration pourrait puiser tous les renseignemens propres à bien diriger son action.

M. le préfet de police a composé ces commissions de médecins, de chimistes ou pharmaciens qu'ils a choisis parmi des hommes éclairés, et placés dans une position qui leur permît de se livrer à ces utiles fonctions avec dévouement et activité. M. le préfet de la Seine les a complétées par des notables, présentés par MM. les maires, et leur a adjoint des commissaires-voyers qui pourront leur donner, sous le double rapport du temps et de la dépense, des renseignemens précieux relativement à la possibilité et à la facilité d'exécution des mesures qu'elles proposeraient à l'autorité. Les commissaires-voyers devront, en outre, de concert avec les commissaires de police, qui assisteront les commissions, surveiller, dans l'application de ces mesures, l'observation des réglemens de police et de la voirie, déjà existans, ou que les circonstances feraient établir.

Trois ordres de commissions ont été institués par l'arrêté du 30 août : des commissions de quartier, des commissions d'arrondissement, et la commission centrale.

Les Commissions de quartier devront visiter toutes les maisons de leur quartier, y rechercher les causes d'insalubrité, en faire sentir le danger aux habitans, et les engager à y remédier, autant que possible, sans attendre les ordres de l'administration. MM. les commissaires de police et architectes-voyers, qui les accompagneront dans ces visites, rappelleront aux propriétaires ou locataires les réglemens de police ou de voirie, qui ne seraient point observés.

Il sera surtout nécessaire dans ces visites, de constater l'état des fosses d'aisances, des plombs, gargouilles, ruisseaux, où l'on verse les eaux ménagères; celui des puits et surtout des puisards, des écuries dont le pavé, par son défaut d'inclinaison ou de réparation, ne permet pas un écoulement facile à la partie liquide du fumier qu'on y laisse souvent accumuler.

Les institutions, les écoles, les établissemens de nourrices, les maisons de santé, de sevrage, celles habitées par des personnes qui élèvent des chiens, des porcs, des lapins, des poules, des pigeons, dont

ils enlèvent trop rarement les ordures; celles des chiffonniers, des logeurs, des nourrisseurs, des marchands de chevaux, des baigneurs, des tanneurs, des boyaudiers; enfin les ateliers de toute nature qui peuvent devenir nuisibles par leur mauvaise tenue et les odeurs qu'ils exhalent, ont besoin d'être visités avec un soin tout particulier,

Les Commissions de quartier, en faisant ces utiles recherches, examineront si le pavage des places publiques et des rues est en bon état, si elles sont convenablement balayées, si leurs ruisseaux sont bien entretenus et lavés assez fréquemment, si les bornes-fontaines n'ont point besoin de réparation, si elles sont assez nombreuses, et si leur service est bien fait, si les latrines publiques, gratuites ou non, sont bien tenues, et si le nombre de celles qui existent est suffisant; s'il ne faudrait pas établir des urinoirs dans certaines localités.

Les Commissions de quartier, après ces recherches, rédigeront leurs rapports, et elles indiqueront les mesures qu'elles croiront devoir conseiller à l'administration. Dans cette dernière partie de leurs travaux, elles seront encore utilement aidées par MM. les commissaires-voyers et de police, qui leur épargneront une grande perte de temps, en les éclairant sur les moyens d'exécution des mesures plus ou moins urgentes qu'elles pourraient provoquer.

Les Commissions de quartier transmettront leurs rapports à celles d'arrondissement par les mains de leurs secrétaires-rapporteurs, qui assisteront aux séances de ces dernières, et leur donneront tous les renseignemens et explications dont elles auraient besoin.

Les Commissions d'arrondissement classeront les rapports de celles de quartiers, d'après leur ordre d'importance; elles les analyseront, en extrairont les résultats, pour les transmettre, avec les pièces à l'appui, à la Commission centrale. Elles visiteront par elles-mêmes, ou par leurs délégués, avant de faire leur rapport à la Commission centrale, les lieux sur lesquelles elles croiraient n'avoir pas eu des renseignemens suffisans des commissions de quartier; elles appelleront près d'elles les hommes qui ont de l'influence sur la partie peu éclairée de la population, des chefs d'ateliers, ou même des ouvriers intelligens, et elle les inviteront à expliquer à la classe ouvrière, l'utilité des mesures de salubrité, à joindre leurs exhortations aux conseils des Commissions, pour l'engager à contribuer de ses bras, comme les personnes aisées de leur argent, à l'assainissement de la ville; pour lui persuader que la malpropreté dans les habitations et les vêtemens, ainsi que l'intempérance, aggravent beaucoup les funestes effets d'une épidémie.

La Commission centrale recevra les rapports des commissions d'arrondissement. Ces rapports lui seront transmis par le délégué qu'elle aura près d'elle; la Commission centrale les discutera, en extraira

faits les plus dignes de fixer l'attention de l'administration, lui proposera les mesures à prendre ou à modifier, et l'avertira au besoin de la nécessité de demander de nouveaux pouvoirs.

Quand les mesures conseillées auront été arrêtées, la Commission centrale les fera connaître aux commissions d'arrondissement, et celles-ci aux commissions de quartier, afin que l'exécution en soit soumise à leur surveillance.

La Commission centrale étant le point de réunion de tous les travaux, secondera puissamment l'administration par ses conseils, qui seront le résultat de toutes observations comparées, analysées, vues dans leur ensemble et dans leurs détails, enfin le résumé des opérations de toutes les commissions sur ce qui peut intéresser la santé publique.

Les membres de la Commission centrale chargés de la rédaction de la présente Instruction.

Signé, MARC, J. PELLETIER, GIRARD, DARCET, LUCIEN-DELAMORLIÈRE, *rapporteur*.

Sur l'affection tuberculeuse de l'utérus.

A M. le Directeur des *Archives*, etc.

MONSIEUR,

M. le D.r Reynaud, dans un article fort intéressant, que vous avez inséré dans le dernier numéro des *Archives*, a signalé l'altération tuberculeuse de l'utérus, comme une lésion extrêmement rare et dont il n'existerait à sa connaissance, qu'un seul fait rapporté par M. Louis. Il est certain, qu'on n'en trouve aucun exemple dans les ouvrages de MM. Bayle, Laennec et Andral. Mais ces médecins n'ont guères observé que des adultes, et cette coïncidence des tubercules de l'utérus avec la phthisie pulmonaire, sans être précisément très-fréquente dans l'enfance, est loin d'être aussi rare à cet âge, que chez les adultes. M. Guersent a eu occasion de la rencontrer assez souvent, tant à son hôpital qu'en ville, et j'en ai moi-même communiqué une observation curieuse à mon ami M. Dance. Des faits analogues ont d'ailleurs été publiés, il y a déjà plusieurs années par M. L. Senn, mon ancien collègue dans les hôpitaux, et actuellement, l'un des praticiens les plus distingués de Genève. Dans cet ouvrage fort court, mais plein d'intérêt, (intitulé, Mémoire sur l'état tuberculeux des organes génitaux de la femme, avant la puberté, et sur quelques altérations pathologiques que l'on y rencontre à cette époque,) se trouvent cités trois cas de tubercules de l'utérus, recueillis par l'auteur, à l hôpital des Enfans (service de M. Guersent,). Peut être ne trouverez vous pas hors de propos que je les rappelle ici, tant ils offrent

de rapports avec ceux que nous devons à M. le docteur Reynaud. La première observation a pour sujet un enfant de 5 ans, qui succomba à une pneumonie tuberculeuse avec entérite chronique et carreau. « Je trouvai, dit M. Senn, l'utérus triplé de volume, les trompes de la grosseur d'une plume ordinaire et très-flexueuse, et les cavités de ces organes distendues par une matière jaunâtre, homogène, friable, tout-à-fait semblable en apparence, à celle qui existait dans les ganglions bronchiques et mésentériques tuberculeux, et en partie ramollis. En examinant les parois des trompes, je reconnus qu'elles étaient épaissies et comme infiltrées de la même matière; que la membrane muqueuse qui la tapisse, ainsi que celle de l'utérus, présentaient des rides très-saillantes, rougeâtres, fort injectées, et qu'elles se détachaient plus facilement que dans l'état naturel. Enfin, les ovaires eux-mêmes, qui à l'extérieur paraissaient sains, contenaient dans leur intérieur une matière analogue à la précédente.

Dans le second cas, il s'agit d'une phthisique, morte à l'âge de 9 ans, et dont l'utérus fut trouvé distendu par une grande quantité de matière blanchâtre, moins consistante que dans le cas précédent, et assez analogue à de la bouillie. La membrane muqueuse avait d'ailleurs les mêmes caractères, mais les trompes et les ovaires étaient sains. Enfin dans le troisième, la jeune fille, également phthisique, était morte à 15 ans, sans avoir été réglée. On trouva chez elle d'énormes tubercules bronchiques et mésentériques : la moitié supérieure des trompes était seule distendue par une substance jaunâtre qui ressemblait à du pus concret. Dans cet endroit, elles avaient le volume d'une plume d'oie, et offraient des flexuosités bien plus prononcées que dans l'état normal. Leurs parois, épaissies, présentaient intérieurement une membrane muqueuse, ridée et rougeâtre, comme dans les deux premières observations. Quant à l'utérus, développé de manière à avoir à-peu-près partout la même épaisseur, il avait 14 à 15 lignes en longueur, et offrait dans son intérieur de petites granulations jaunâtres, adhérentes à une membrane muqueuse, rugueuse et fort injectée. »

M. Senn, termine en se demandant, si la matière trouvée dans les organes génitaux est du pus concret, ou bien une substance analogue à celle que l'on rencontre dans les ganglions bronchiques et mésentériques dits tuberculeux? Quant à moi, je pense avec M. le docteur Reynaud, que l'on ne saurait concevoir aucun doute sur la nature et l'identité de cette matière avec la matière tuberculeuse la mieux caractérisée.

Veuillez agréer, etc., G. Blache, *méd. du Bureau cent. des hôpitaux.*

Paris, ce 5 septembre 1831.

BIBLIOGRAPHIE.

De ectropio, etc., c'est-à-dire, *Dissertation inaugurale sur l'ectropion ; soutenue à Heidelberg en* 1830, *par M.* Richard Fisher, *docteur en médecine, en chirurgie et en accouchement.*

L'auteur de cette thèse ne signale pas seulement, pour causes de l'ectropion, les maladies de la membrane muqueuse et de la peau des paupières : il en admet un troisième genre, dont la cause prochaine est l'action vicieuse de la couche musculaire de ces voiles membraneux : de là deux espèces, 1.° atonie, relâchement, paralysie, qui donne lieu à l'ectropion *senile*. 2.° Spasme du muscle orbiculaire, admis par J. A. Schmidt et le docteur Luce, ou d'après Chelius, de cette portion du même muscle qui est voisine du cartilage tarse, et à laquelle on a donné le nom de muscle ciliaire. Ce spasme est tel, que chaque cartilage tarse peut être retourné autour de son axe horizontal, de là l'ectropion spasmodique. Toutefois, cette action musculaire spasmodique s'observe aussi, suivant le même auteur, dans les autres genres d'ectropion. Après avoir admis une cause spéciale d'ectropion dans l'action musculaire, l'auteur indique un traitement particulier à cette cause; pour l'ectropion *spasmodique*, il suffit quelquefois d'employer un moyen déjà proposé par Benedict, pour les ectropions peu avancés, c'est le rapprochement, l'agglutination des paupières pendant quelque temps, ce qui soustrait la conjonctive à l'action des corps extérieurs, et diminue le spasme *en calmant l'inflammation*; il peut suffire aussi quelquefois, comme on l'observe dans l'ectropion des nouveau-nés, d'instiller de la teinture d'opium pour dissiper le spasme. On sait, en effet, l'usage avantageux que les allemands ont fait de la solution d'opium dans le traitement des ophthalmies : de nombreux essais faits en France ont confirmé les premiers succès obtenus en Allemagne. Mais il est presqu'inutile de faire remarquer que l'action de l'opium ne suffit pas pour constater l'existence d'un ectropion spasmodique, puisqu'elle contribue puissamment à éteindre l'inflammation qui existe sans ectropion, si la contraction vicieuse de la couche musculaire ne cède pas à ces moyens, la *dissection* sera, d'après Chelius, le seul moyen de la combattre avec succès. Nous arrivons ici au point le plus intéressant de la thèse de M. Fischer; il y expose une méthode due à Chelius pour l'opération de l'ectropion, méthode qu'il a vu plusieurs fois suivie de succès,

et dont nous allons donner une idée succincte. Lorsqu'on se borne à inciser transversalement la cicatrice vicieuse de la paupière qui produit l'ectropion, la force de rétraction connue des cicatrices ne tarde pas à reproduire la même difformité, quelque soin que l'on ait pris d'ailleurs de relever la paupière inférieure pendant le travail de cicatrisation. Chelius, au-lieu d'inciser la cicatrice, fait l'opération suivante. Situé au-devant du malade, et suffisamment élevé par rapport à lui, il saisit de la main gauche la paupière renversée, l'écarte un peu du globe de l'œil, et incise horizontalement la peau de la paupière seulement à une distance de son bord, suffisante pour que des fils, avec lesquels il traverse plus tard la paupière et la relève, puissent trouver un appui; puis introduisant le bistouri dans l'ouverture béante qu'il vient de pratiquer, il dissèque largement la peau de la cicatrice de haut en bas, de manière que les parties sous-jacentes unies vicieusement avec cette peau raccourcie reprennent leur extension naturelle, ce qu'on obtint par ce moyen avec une extrême facilité. Cela fait, il pratique plusieurs incisions verticales peu profondes sur le muscle orbiculaire mis à nu par la dessection, et lui fait perdre ainsi sa contraction vicieuse. Il traverse ensuite le bord de la paupière, (mais jamais le cartilage tarse, comme on l'a conseillé à tort) à l'aide d'une aiguille courbe, et de deux fils, qu'il maintient sur la face par des emplâtres agglutinatifs, de manière à écarter les bords de la plaie faite à la peau. Entre ces deux bords, les parties sous-cutanées sont découvertes dans une assez grande étendue, et la plaie doit guérir comme les plaies avec perte de substance. Chelius blâme l'application des caustiques sur la plaie, parce qu'ils augmentent sa tendance à se rétrécir.

Il recommande aussi d'éviter de traverser le cartilage tarse avec l'aiguille, parce que ce cartilage ainsi blessé se raccourcit en-dedans, et par cela même peut produire l'ectropion.

Cette méthode paraît, en effet, avoir des avantages marqués sur les méthodes connues d'opérer l'ectropion. Elle remplit mieux de prime-abord toutes les indications de l'opération. Les scarifications du muscle orbiculaire ont leurs analogues dans celles qu'on fait sur les sphincters de l'anus, pour la fistule; il est facile de concevoir leur utilité, soit qu'il y ait réellement une contraction spasmodique de ce muscle, soit que le tissu cellulaire qui unit ses fibres indurées fasse corps avec la cicatrice dans l'ectropion traumatique. D'après M. Fischer, l'expérience, ce juge irrécusable a déjà, dans les observations consciencieuses et bien faites, prononcé plusieurs fois en faveur de la méthode de Chelius; il cite une observation de succès à la fin de sa thèse. Cependant, tout en admettant qu'elle présente dans le procédé opératoire des améliorations incontestables, nous ne sommes pas éloignés de

penser qu'une récidive est encore possible, et nous avons vu beaucoup de plaies *avec perte de substance* suivies de cicatrices bridées, qui tiraillaient et déplaçaient des organes plus solidement fixés qu'une paupière. Néanmoins, cette méthode mérite l'attention des praticiens, puisqu'elle compte plusieurs succès. S. Laugier.

Cours de pharmacologie, ou Traité élémentaire d'histoire naturelle médicale, de pharmacie et de thérapeutique, suivi de l'Art de formuler ; par F. Foy, *docteur en médecine et pharmacien de l'Ecole de Paris, etc. Deux volumes in-8.° Paris,* 1831. *Chez Germer-Baillière.*

L'ouvrage dont nous venons de donner le titre est divisé en quatre parties; savoir : l'histoire naturelle médicale, qui, à elle seule fait le sujet du premier volume, la pharmacie proprement dite, la thérapeutique et l'art de formuler, qui composent le second. Dans la première partie, l'auteur se livre à l'examen de toutes les substances simples *dignes* d'être employées dans l'art de guérir ; il indique leur origine, leurs caractères physiques et chimiques, les falsifications qu'on leur fait éprouver; il énumère leurs proprietés médicinales, fait connaître leurs doses, leur mode d'administration et leurs préparations pharmaceutiques, donne leur analyse chimique, et enfin indique leurs antidotes. M. Foy range les agens thérapeutiques dans quatre grandes classes seulement, savoir : les *toniques*, les *débilitans*, les *spéciaux*, c'est-à-dire agissant plus particulièrement sur tel ou tel organe ou sur tel appareil d'organes, et les *spécifiques* qui sont employés pour combattre certaines affections dites spécifiques, telles que la syphilis, les affections cutanées, les maladies intermittentes, vermineuses, etc.; cette classification, comme toutes celles qu'on a proposées jusqu'ici, laisse beaucoup à désirer.

Dans ce premier volume, tout ce qui tient à la description des médicamens et à la partie purement pharmaceutique, est traité d'une manière convenable; mais quant à la partie thérapeutique, c'est-à-dire à l'examen de l'action des médicamens sur l'économie animale, et des cas dans lesquels on doit les employer, elle est tronquée et comme faite à la hâte.

La seconde partie traite de la pharmacie proprement dite, et nous a semblé renfermer dans un assez court espace les notions qu'on doit avoir sur cette science.

La troisième partie, qui comprend la thérapeutique, est sans contredit la plus faible de tout l'ouvrage. L'auteur prend les maladies

des divers appareils les unes après les autres et énumère les moyens de traitement qu'on peut employer pour les combattre. Il indique aussi succinctement les divers modes de traitement mis en usage contre certaines affections par quelques praticiens; tels que celui du docteur Borie de Versailles contre l'épilepsie, celui du docteur Ranque contre la colique métallique; il passe ensuite aux empoisonnemens; indique les antidotes auxquels on devra avoir recours, et le traitement à mettre en usage, contre chaque espèce d'empoisonnement.

La quatrième partie, enfin, contient quelques idées générales sur l'art de formuler, et un recueil de formules en latin et en français, qui peuvent servir de modèle. Un autre recueil de formules, sous le titre de *médications diverses*, contient des recettes propres à certains praticiens, telles que l'électuaire hydragogue de Fouquier, etc., etc.

Nous pourrions reprocher à M. Foy un assez grand nombre de négligences: par exemple, il dit que le gingembre est moins employé par les médecins français que par les anglais, *qui en font la base de leur thérapeutique*. Il est clair que si l'auteur avait relu cette phrase il l'aurait supprimé. En général, le style de cet ouvrage est diffus et manque de clarté. De plus, il est très-mal exécuté sous le rapport typographique et fourmille de fautes qui présentent de graves inconvéniens pour des élèves incapables de rectifier des noms estropiés. Dans la préface du second volume, l'auteur en convient franchement, et donne un erratum assez considérable mais qui est loin d'être complet.

Analyses d'ouvrages allemands sur le choléra-morbus.

Oeffentliche und persoenliche Vorsictsmasregeln, etc. *Mesures préservatives publiques et personnelles contre le cholera asiatique*, *etc.*; *par le docteur* F. R. SIMON, *junior. Hambourg*, 1831, *pp.* 104.

Cet opuscule n'est qu'un extrait d'un ouvrage plus grand sur le choléra-morbus. que l'auteur publiera plus tard, après en avoir de nouveau revu le manuscrit. Dans l'ouvrage que nous avons sous les yeux, M. Simon examine principalement la question de la contagion du choléra. Il expose avec impartialité les raisons qui ont été avancées par les contagionistes et les non contagionistes. Il admet que le miasme du choléra est un poison animal engendré et nourri dans les humeurs et surtout le sang de l'homme, et qui se manifeste plus ou moins suivant le genre de vie, le séjour et la disposition de l'individu. Il assimile ce miasme à ceux

qui se développent dans les villes assiégées, les hôpitaux encombrés, les vaisseaux, les camps et les prisons, et qui ne doivent leur naissance qu'à l'atmosphère viciée par des émanations animales. Il tâche ensuite d'expliquer, par cette hypothèse, la manière dont le choléra se propage par la communication des hommes entre eux. Il admet qu'un homme peut paraître bien portant, et cependant déjà être infecté du choléra, qui, suivant que cet individu se trouvera dans une atmosphère viciée par les émanations animales ou non, pourra ensuite éclater avec force, ou bien ne causer qu'une indisposition, ou bien même ne pas se manifester du tout. Dans ce dernier cas cet individu aura néanmoins pu transmettre le germe de la maladie à d'autres personnes chez lesquelles celle-ci pourra se développer. C'est ainsi que l'auteur explique comment un homme bien portant en apparence, mais arrivant d'un lieu infecté, peut communiquer la maladie à toute une ville, car son haleine et sa transpiration peuvent infecter un grand nombre d'individus avant que la maladie n'éclate ou sans même qu'elle se manifeste chez lui. Il est même probable, suivant M. Simon, que lorsque la maladie éclate, la production du miasme cesse dans le malade, car la circulation du sang est empêchée en partie, et c'est ce fluide qui engendre le miasme et le répand dans tout le corps. Le choléra-morbus peut rester latent pendant plus de quinze jours; il s'en suit qu'une quarantaine de quinze jours est insuffisante. M. S. soutient que les hommes et les animaux peuvent seuls transporter la maladie d'un endroit à un autre, et que les marchandises ne possèdent pas cette propriété. Après avoir signalé, d'après ces idées, les mesures sanitaires publiques à prendre, l'auteur indique quelques précautions hygiéniques et pharmaceutiques qu'il croit propres à préserver du choléra; et il termine son mémoire par le rapport d'un comité institué à Moscou pour examiner si les marchandises peuvent transmettre la maladie, et qui conclut négativement. L'ouvrage de M. Simon, quoique contenant quelques assertions hypothétiques sur le mode de propagation du choléra, n'eu mérite cependant pas moins l'attention du médecin à cause de son exposition impartiale des raisons qui militent en faveur de la contagion ou de la non contagion du choléra.

Warschau, Brieflicke mittkeilung über die orientalische cholera, etc. : *Lettres du docteur* M. DE REIN, *à Varsovie, sur le choléra oriental, adressées au professeur* KIESER, *à Jena, et publiées par celui-ci. Leipsick*, 1831. *In*-8.° *pp.* 16.

Le professeur Keiser, en publiant les lettres du docteur Rein, les fait précéder de remarques sur la nature du choléra-morbus, qui,

suivant lui, consiste essentiellement dans l'inflammation des ganglions nerveux de l'abdomen. Des faits rapportés par le docteur R., il tire les conclusions suivantes : 1.° le choléra oriental diffère du choléra sporadique en ce que le premier est une maladie inflammatoire très-intense, dont le siège principal est dans les organes du bas-ventre, mais qui tue quelquefois par apoplexie, avant même le développement de l'inflammation ; si elle dure plus long-temps elle tue par l'affection des ganglions nerveux du bas-ventre. 2.° les symptômes spasmodiques ne sont que sympathiques. La médication antiphlogistique la plus étendue (saignée de 4 à 5 livres), est la seule applicable.

Les lettres du D.r Rein sont datées de Varsovie, du 19 et 21 juillet 1831. Ce médecin arriva à Varsovie le 31 mai ; le 1.er juin il fut nommé médecin de l'hôpital des Hussards. Il avait dans son service 200 malades. Les maladies qui régnaient principalement à cette époque dans les hôpitaux de Varsovie, étaient la fièvre nerveuse gastro-inflammatoire, la dysenterie et le choléra-morbus. M. Rein et le docteur Korabiebitsek, firent en même temps la demande qu'on érigeât un hôpital pour les malades du choléra, et qu'on les chargeât de ce service. Le 1.er juillet on amena à Varsovie douze soldats affectés du choléra et venant du camp ; on les partagea entre MM. Rein et Korabiebitsek. Le premier examina les siens en présence de dix médecins, qui tous restèrent convaincus que ces malades étaient gravement affectés du choléra. Pour faire partager cette opinion aux lecteurs, M. R. énumère les symptômes qu'ils présentaient et qui sont ceux généralement observés dans cette maladie. — Il ouvrit à chacun de ses malades toutes les veines qu'il put apercevoir, et cependant il lui fallut deux heures pour obtenir de chacun deux livres de sang. Celui-ci était froid, noir, épais, ne sortant de la veine que par gouttes ; les bains chauds ne le faisaient même pas couler. Après qu'on en eut obtenu deux livres, il commença à mieux couler, devint chaud et plus clair ; après en avoir laissé couler encore une demi-livre, les malades se sentirent soulagés. On les plongea alors dans un bain tiède contenant cinq onces de potasse caustique et quatre livres de moutarde en poudre ; pendant le bain on frictionnait la peau. Les malades de M. R. se trouvèrent soulagés dans le bain, tandis que ceux qu'on n'avait pas saignés ne purent y rester un instant. Après le bain, on appliqua à chacun cinquante sangsues sur le bas-ventre, et en même temps on leur donna de deux en deux heures dix grains de calomel avec de la magnésie. Après la chute des sangsues, des sinapismes furent appliqués sur l'abdomen, ou de l'esprit de vin brûlé sur cette région. — La saignée et l'application des sangsues furent répétées à cause des douleurs dans la ré-

gion du foie et de la rate. Plus tard on n'administra que l'infusion de fleurs de sureau avec de l'esprit de Mindérérus.

Les six malades de M. R. furent sauvés, tandis que les six de M. Korabiebitsek moururent tous. M. R. n'indique pas quel fut le traitement employé chez ces derniers. On chargea M. R. du service d'une salle de cholériques; malheureusement il ne pût continuer longtemps ses expériences, ayant été atteint lui-même du choléra, dont il se débarrassa par le même traitement qui lui avait précédemment réussi. Sa convalescence fut, ainsi que celle de ses autres malades, très-courte.—Pendant sa maladie, plus de 60 cholériques furent admis dans ses salles, dans une semaine; parmi ceux qu'on traita par la méthode anti-phlogistique huit guérirent; ceux traités autrement moururent tous. A l'autopsie cadavérique, on trouva chez tous la muqueuse intestinale enflammée depuis le cardia jusqu'au rectum; cette inflammation se manifestait par des taches ou par des ulcères, ou par des épanchemens de sang avec *gangrène des vaisseaux capillaires*, ou par la gangrène de toute une portion d'intestin. Le foie et la rate étaient toujours enflammés (l'auteur aurait dû indiquer l'aspect que présentaient ces organes); chez quelques-uns, la rate était très-volumineuse. chez d'autres très-molle. Il y avait turgescence des vaisseaux de la pie-mère et du cerveau, beaucoup de sérum dans le cerveau et le canal vertébral, souvent un épanchement de sang entre la dure-mère et la pie-mère. Les poumons étaient rarement malades. Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas indiqué la période du choléra à laquelle les malades ont succombé, et combien de temps après leur mort on a ouvert leurs cadavres; il paraît que tous étaient parvenus à la dernière période de la maladie, car presque tous les auteurs qui ont écrit sur le choléra affirment qu'on ne trouve aucune trace d'inflammation gastro-intestinale chez ceux qui ont succombé durant les premières périodes du choléra.

M. R. se propose de substituer le bain froid au bain chaud, dans les cas où il ne pourra obtenir du sang; dans le cas contraire il saignera, puis promènera le cautère actuel depuis la nuque jusqu'au sacrum et fera des fomentations froides sur la tête et le bas-ventre. Ceci prouve que l'auteur n'est pas tout-à-fait satisfait du traitement qu'il a d'abord employé, et qu'il ne lui a pas toujours aussi bien réussi que chez ses premiers malades; ce qui résulte aussi d'un autre passage de sa lettre, où il dit qu'il n'est parvenu à guérir qu'une vingtaine de malades, à peu-près la moitié de ceux qu'il a eus à traiter. Il résulte également de là que l'expérience de M. Rein est encore très-bornée, et que dans les lettres qu'il publiera probablement plus tard, il reviendra peut-être sur des assertions qu'il a avancées dans celles-ci.

Ueber die cholera und die kraeftigsten mittel dagegen, etc. : *Du choléra et de ses remèdes les plus efficaces, et proposition d'un révulsif énergique, etc.; par le docteur* Tilesius, V. T. *Nuremberg*, 1830. *In*-8.°, *2 volumes.*

Cet ouvrage est écrit sans plan ni méthode; les trois-quarts en sont occupés par des analyses d'ouvrages publiés sur le choléra-morbus; l'autre quart est formé par les remarques du docteur Tilesius, éparpillées dans les deux volumes. — Ce médecin a observé le choléra sur des vaisseaux danois et américains en Chine. Les médecins anglo-américains combattaient la maladie par de la bouillie de riz, de l'eau de gomme et autres boissons mucilagineuses et aqueuses; M. T. traitait les Danois avec plus de succès et par une méthode différente. Il divise son traitement en palliatif et curatif. Le premier consiste dans l'emploi de la décoction de graine de lin, de l'infusion de valériane, de lavemens d'amidon avec du safran et de la semence de pavot blanc, et enfin d'un bain alcalin. Le bain était fait avec de la lessive caustique préparée avec des cendres et de la chaux fraîchement calcinée; en augmentant la proportion de cette dernière on rendait la lessive plus caustique. Le bain devait être assez irritant pour rendre un peu saignante toute la surface du corps, au bout d'une demi-heure à une heure. Après avoir, par ce traitement palliatif, modéré les douleurs et diminué le nombre des selles, M. T. guérissait radicalement les malades au moyen de l'ipécacuanha, de la rhubarbe, du sirop de manne avec le sel de Glauber ou la liqueur de terre foliée de tartre; il terminait le traitement par l'administration d'une décoction de cascarille, de canelle et de quassia.

Lorsque les symptômes sont alarmans, l'essentiel est, suivant l'auteur, de coller pour ainsi dire toute la surface interne de l'intestin avec les lavemens d'amidon, auxquels on ajoute, en cas de besoin, du laudanum et de l'huile fraîche ou du beurre de cacao. On peut aussi donner tous les soirs un bain caustique, aussi longtemps qu'il y a du danger.

Pour modérer les vomissemens, le docteur T. donnait la potion de Rivière, ou en cas d'insuffisance, du laudanum avec de l'éther sulfurique, l'infusion de valériane, de l'eau de menthe poivrée avec de la poudre de Colombo. — Quand la faiblesse était extrême, la face grippée, la bouche et les narines noires, il faisait prendre un bain alcalin, faisait faire des frictions sur l'abdomen et la poitrine avec un mélange d'éther acétique saturé de camphre et d'huile essentielle de canelle, de géroffle et de bergamotte; et en même temps, il donnait de demi en demi-heure 10 à 20 gouttes d'un

en maintenant entre ses diverses parties une plus juste proportion, qu'ils purent espérer de le faire distinguer des livres du même genre. La position des auteurs les rendait éminemment propres à remplir la tâche dont ils se chargeaient. La plupart d'entre eux, livrés depuis long-temps à l'enseignement ou à la pratique, offraient la garantie de travaux antérieurs, et apportaient, chacun pour leur part, le fruit de longues et continuelles méditations sur les divers sujets qui leur étaient départis. Un succès brillant couronna leur entreprise. Le Dictionnaire mérita d'être regardé comme le répertoire le plus exact et le plus complet des connaissances médicales, et comme représentant le mieux les saines doctrines qui devaient prévaloir dans l'école de Paris. Trois années à peine s'étaient écoulées depuis la publication de la dernière livraison de l'ouvrage, et malgré les difficultés commerciales de l'époque, les six mille exemplaires qui avaient été tirés étaient épuisés. Il fallait songer à une nouvelle édition. Une seconde édition d'un ouvrage de ce genre et de cette étendue est un phénomène assez rare pour qu'il nous soit permis de le faire remarquer.

En faisant ressortir ce qui valut tant de suffrages à notre Dictionnaire, nous n'avons pas prétendu qu'il fût exempt de défauts, et surtout que nous dussions le reproduire presque textuellement dans une seconde édition. Loin de là, nous reconnaissons nous-mêmes ses imperfections : les unes sont inhérentes à la première composition de ces sortes d'ouvrages, qui, rédigés par un grand nombre d'auteurs, de vues et d'esprit différens, laissent toujours, quelques soins qu'on y mette, beaucoup à désirer pour l'harmonie de l'ensemble et les proportions des détails. D'autres tenaient au temps où fut exécuté le Dictionnaire. L'érudition était alors en quelque sorte proscrite, les travaux des âges précédens discrédités, l'autorité des anciens maîtres de la science ébranlée. Tout ce qui paraissait contraire à quelques idées dominantes était repoussé comme entaché de fausseté ou du moins d'inexactitude. Il eût été difficile et dangereux de lutter contre les préventions générales, et nous fûmes trop souvent réduits à n'employer, pour construire notre édifice, que nos propres matériaux et ceux qui avaient été recueillis par nos contemporains. Cet empire des circonstances, en donnant dans beaucoup de cas à notre ouvrage le mérite et les avantages de l'originalité, avait le grand inconvénient d'y rendre quelques lacunes inévitables et de ne pas per-

mettre de traiter toutes les parties de la[redacted]cience d'une manière complète.

Aujourd'hui la génération médica[redacted]fatiguée de toutes les théories systématiques, aussi bien d[redacted]modernes que des anciennes, s'est entièrement tournée ve[redacted]es choses positives. Tout en profitant des efforts admirables [redacted]de beaux génies ont faits pour la délivrer du joug de doctri[redacted]rronnées, elle a repoussé celui qu'ils auraient voulu lui im[redacted]r. Elle prétend enfin jouir pleinement du libre examen au[redacted] duquel ils ont combattu. Un ouvrage qui se propose d[redacted]brasser toutes les connaissances médicales doit en [redacted]équence, au temps actuel, être composé d'après des vue[redacted]s étendues. Il faut qu'il reproduise, non pas la médecine [redacted]e époque, d'une nation, d'une école, mais la médecine t[redacted] qu'elle est constituée par les siècles et par les savans [redacted]ous les pays. Tous les faits, en quelque temps qu'ils aie[redacted]té recueillis, quelle que soit la contrée où ils aient été o[redacted]vés, doivent y trouver place. Voici l'esprit dans lequel no[redacted]mptons réviser notre Dictionnaire; voilà le caractère d'[redacted]rsalité que nous chercherons à lui donner dans la nouv[redacted]édition que nous allons publier.

Notre intention [redacted]ien de subordonner tout dans notre ouvrage à l'utilité[redacted]ique; et dans ce dessein nous en retrancherons certains[redacted]eloppemens qui ont paru y occuper trop de place, ainsi[redacted] plusieurs détails, soit d'anatomie et de physiologie, soi[redacted]s sciences naturelles qui offrent peu d'in[redacted]érêt ou qui n'o[redacted]u'une application éloignée à la science de [redacted]homme et à l'a[redacted]e guérir. Mais ce serait méconnaître le but et la dignité de c[redacted]te belle science et de cet art difficile, ce serait les réduire à[redacted]rossier empirisme, que de borner les notions qui doivent le[redacted]onstituer à la description des maladies et à l'exposition [redacted] moyens propres à les guérir. Nous continuerons do[redacted]s cette deuxième édition de notre Dictionnaire à[redacted] comme dans la première, de toutes les branc[redacted]médecine, parce qu'elles ne sont que des divi[redacted]raires d'une science unique dont toutes les parties sont liées intimement. Mais nous nous attacherons principalement à ce qu'elles ont de positif, et elles seront présentées de manière à en faire ressortir les applications utiles. Ainsi, pour l'anatomie en particulier, cette base première, essentielle, des connaissances médicales et chirurgicales, que l'on ne saurait songer, sans le tort le plus grave, à éloigner, aussi bien que

la physiologie, d'un Dictionnaire de médecine vraiment pratique, nous changerons l'ordre d'exposition suivi dans notre édition précédente : au lieu de disséminer chacun des nombreux objets de cette science à leur ordre alphabétique, nous les grouperons dans des articles généraux où leurs rapports seront saisis plus facilement, et où les applications qu'ils fournissent à la pathologie et à la thérapeutique seront plus naturellement déduites. La physiologie et l'hygiène subiront de notables améliorations. La pathologie et la thérapeutique seront surtout l'objet d'une prédilection qu'appelle leur importance : c'est principalement sur ces deux branches de la médecine que porteront les additions et les modifications les plus nombreuses. Nous traiterons, avec plus de soin que nous ne l'avons fait, de tout ce qui a trait à l'hygiène publique, à la médecine légale, à la police médicale.

Afin de n'omettre aucun des objets qui concernent ces diverses branches de la médecine, nous avons recommencé sur une plus grande échelle le travail auquel nous nous étions livrés pour la première édition. Nous ne nous sommes pas bornés à compulser les ouvrages de même nature que le nôtre qui ont été publiés tant en France qu'en Allemagne et en Angleterre. L'habitude suivie jusqu'à présent, pour composer un nouveau Dictionnaire, de relever le vocabulaire des Dictionnaires précédens, ne pouvait que laisser subsister de nombreuses lacunes. C'est dans les traités spéciaux, dans les recueils de tous genres où sont consignés tant de travaux particuliers, qu'il faut aller chercher la science; c'est de là surtout que, sans négliger les autres sources, nous tirerons un grand nombre de matériaux qui n'ont point encore été exploités. On pourra juger, dès le premier volume de notre seconde édition, combien d'articles importans, oubliés dans tous les Dictionnaires sans exception, paraissent pour la première fois dans celui-ci.

Des parties toutes nouvelles y seront ajoutées : ce sont la bibliographie et la statistique médicale. Ce n'est pas ici le lieu ni le moment d'apprécier les résultats et l'utilité de cette dernière science, qui, ayant pris naissance dans notre siècle positif, a la prétention de mesurer par des chiffres la solidité ou le peu de fondement des opinions en médecine, et d'établir mathématiquement des principes. Quels que soient ces résultats, on se livre avec ardeur à leur recherche, et ils ne pourraient être

omis dans un ouvrage qui doit embrasser toutes les questions médicales. S'ils n'ont pas encore été présentés dans leur ensemble, c'est une raison de plus d'en enrichir notre Dictionnaire.

Enfin nous donnerons des notices bibliographiques et historiques sur chacune des matières qui y seront traitées. La bibliographie n'existe point dans notre première édition. Cette lacune, que nous avions volontairement laissée, nous a été reprochée pendant le cours même de notre travail. Aujourd'hui qu'ont disparu les circonstances qui nous avaient portés à ne pas lui donner accès, nous nous empressons de faire entrer la bibliographie comme partie essentielle dans notre ouvrage. Elle est, en effet, le complément nécessaire de travaux partiels, tels que ceux dont se compose un Dictionnaire : elle fournit le moyen de suppléer aux développemens qu'on n'a pas cru devoir y admettre, et d'examiner par soi-même la valeur des faits et des opinions qui y sont résumés. Mais cette partie aurait plus d'inconvéniens que d'utilité si nous devions prendre pour guide ou pour modèle les exemples donnés par deux ouvrages de même nature que le nôtre, dont l'un n'a présenté, dans ses articles bibliographiques qu'un extrait sans choix de l'indigeste Ploucquet, et dont l'autre, plus malheureux encore, se montre semé au hasard de quelques notes incorrectes qui décèlent des auteurs tout-à-fait étrangers à ce genre de recherches. Prémunis par ces fautes, nous ferons en sorte que la bibliographie qui accompagnera les articles de notre Dictionnaire soit telle que doit être un semblable travail. Composée par un médecin qui en a fait une étude spéciale, elle offrira un choix raisonné des écrits publiés sur chaque sujet; elle sera proportionnée dans toutes ses parties, exécutée sur un plan uniforme et d'après la méthode la plus propre à faire trouver des lumières jusque dans l'ordre et la disposition des articles qui la composeront. A la bibliographie se joindra naturellement, en la précédant ou en s'y mêlant, l'histoire des progrès successifs ou des vicissitudes que l'art a éprouvés. Nous avons cru devoir donner quelque place à cette étude instructive, qu'on néglige communément pour ne s'occuper que de ce qui a trait à l'exposition des théories et des systèmes.

Par les réformes que nous comptons opérer dans notre ouvrage, nous avons l'ambition d'en faire une véritable encyclopédie médicale, telle que la requièrent les vœux et les besoins actuels de la science; de lui faire réellement mériter ce titre

qui lui a été donné dans une traduction allemande. Notre Dictionnaire sera le résumé complet de ce qui a été fait en médecine, le répertoire de toutes les richesses de la science, disposées d'après une méthode constante, qui permette d'en traiter les divers points sous tous les rapports possibles, sans être exposé d'en omettre ou de les répéter; d'après une méthode surtout qui coordonne entre eux tous ces matériaux, de manière à en rendre à la fois la recherche et l'étude faciles.

Ici, quels avantages n'avons-nous pas! Presque toute la matière est à notre disposition; nous dominons notre sujet; nous pouvons en juger l'ensemble aussi bien que les détails; il nous est facile de le modifier, l'agrandir ou le resserrer suivant l'exigeance de la science et le but que nous nous sommes proposé. Dans notre première carrière, chaque objet ne se montrait qu'à mesure que nous avancions, et quelque arrêté qu'ait été notre plan, quelques limites que nous nous soyons promis de garder, ces règles ont dû trop souvent fléchir sous l'impossibilité d'imposer une marche égale à un grand nombre de collaborateurs. Aujourd'hui, éclairés par notre propre expérience, plus libres dans nos vues, délivrés de la plupart des entraves qui embarrassent la marche de toutes les entreprises littéraires collectives, nous pouvons compléter, perfectionner notre œuvre, en y donnant à peine la centième partie des soins qu'exige un premier travail. C'est à cette heureuse position, sans doute, que la seconde édition de notre Dictionnaire devra la supériorité qu'elle acquerra sur la première, et qu'elle aura, nous l'espérons, sur les ouvrages de même genre qui ont été publiés ou qui paraissent actuellement.

Tant de modifications projetées à notre Dictionnaire, qui se trouvera ainsi presque entièrement refondu dans la seconde édition, demandaient que nous nous adjoignissions de nouveaux collaborateurs. La mort nous en a enlevé quatre, Béclard, Georget, Desormeaux et Coutanceau, dont les noms et les travaux n'ont pas peu contribué au succès de notre ouvrage. Cette perte, qui a tristement retenti dans le monde médical, serait irréparable pour nous, si nous ne devions pas conserver leurs articles. La plupart n'ont que peu ou point de modifications à subir, soit parce que les parties de la science que ces auteurs ont traitées, étaient peu susceptibles de progrès, soit parce qu'ils les ont traitées d'une manière supérieure. Cependant ces articles devront être révisés et adaptés

à notre nouveau plan. D'autres collaborateurs anciens se trouvent éloignés de nous par des circonstances fortuites. Nous avons dû choisir parmi les hommes dont s'honore le plus la science un certain nombre de médecins qui voulussent bien coopérer à notre ouvrage. Recommandables par leurs travaux, dont quelques uns, tout spéciaux, paraîtront pour la première fois dans notre Dictionnaire, ou occupant des places élevées dans l'enseignement et les hôpitaux, ils assurent un nouveau prix à cette seconde édition. En nous associant ainsi un assez grand nombre de collaborateurs, nous aurons, en outre, l'avantage d'assurer la régularité de la publication. Chaque livraison paraîtra avec non moins de rapidité que si nous faisions une simple réimpression. Le tableau que nous plaçons ci-dessous indiquera les auteurs avec la distribution des matières auxquelles ils sont attachés.

CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION.

Malgré les nombreuses suppressions que nous ferons dans la première édition, nous n'avons pas cru pouvoir, en raison des parties toutes nouvelles qui y seront traitées, et des additions faites aux objets importans, renfermer la seconde édition en moins de 24 ou 25 volumes; nous prenons, comme nous l'avons fait pour la première édition, l'engagement de fournir *gratis* aux *souscripteurs* les volumes qui dépasseraient le nombre fixé. Les auteurs rappellent le scrupule religieux avec lequel ils ont tenu cet engagement lors de la première édition, dont le 21e volume a été livré *gratis*.

L'ouvrage sera imprimé en caractères et sur papier semblables à ceux de ce Prospectus. Ce caractère est plus fort et plus lisible que celui qui a été employé pour la première édition, mais il est plus serré, la justification a été agrandie, et chacune de nos pages nouvelles contient plus de matière. Les notices historiques et bibliographiques seront d'une plus petite impression; ces lignes en fournissent le specimen. — Le 1er volume paraîtra le 1er mars, et les autres se succéderont au nombre de cinq par année. Chaque volume aura de 560 à 600 pages.

Le prix pour les souscripteurs est fixé à 6 fr. pour Paris, et 8 fr., franc de port par la poste. — Les non-souscripteurs paieront chaque volume 8 fr. et 10 fr. par la poste. Cette augmentation n'aura lieu qu'à la mise en vente du 5e vol.

Aucune lettre non affranchie ne sera reçue.

ON SOUSCRIT A PARIS, CHEZ

BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 4.

DISTRIBUTION DES MATIÈRES.

Anatomie générale, descriptive et chirurgicale.	**BÉCLARD.** — **BRESCHET**, chef des trav. anatom. de la Fac. de médecine. — **MARJOLIN**, prof. de la Fac. de méd. — **OLLIVIER**, D. — **BÉRARD**, prof. de la Fac. de méd. — **VELPEAU**, prof. agrégé de la Fac. de méd., chirurg. de l'hôp. de la Pitié.
Physiologie.	**COUTANCEAU.** — **ADELON**, prof. de la Fac. de méd. — **RULLIER**, méd. de l'hôpital de la Charité. — **GERDY**, prof. agr. de la Fac. de méd., chir. de l'hôp. Saint-Louis.
Pathologie générale; Pathologie interne; Anatomie et Physiologie pathologique.	**ANDRAL**, prof. de la Fac. de méd. — **BRESCHET.** — **CHOMEL**, prof. de la Fac. de méd. — **COUTANCEAU.** — **LANDRÉ-BEAUVAIS.** — **FERRUS.** — **ROCHOUX**, prof. agr., méd. de l'hosp. de Bicêtre. — **ROSTAN**, médecin de l'hosp. de la Salpêtrière. — **DANCE**, prof. agr., méd. de l'hôp. Cochin. — **REYNAUD.** — **TROUSSEAU**, prof. agreg., médecin du Bureau central des hôpitaux.
Pathologie externe et opérations chirurgicales.	**J. CLOQUET**, prof. de la Fac. de Méd. — **MARJOLIN.** — **MURAT**, chir. en chef. de l'hosp. de Bicêtre. — **OLLIVIER.** — **ROUX**, prof. de la Fac. de méd. — **VELPEAU.**
Thérapeutique générale; Hist. nat. des médic.; Chimie méd., Toxicologie et Pharmacologie.	**GUERSENT**, méd. de l'hôpit. des Enfans. — **ORFILA**, prof. de la Fac. de méd. — **PELLETIER**, prof. à l'École de pharmacie. — **RICHARD**, prof. à la Fac. de méd. — **SOUBEIRAN.** — **TROUSSEAU.**
Accouchemens; Maladies des femmes et des nouveau-nés.	**DESORMEAUX.** — **P. DUBOIS**, prof. agrég. de la Fac., prof. de l'École d'accouch. de la Maternité.
Maladies des enfans.	**GUERSENT.** — **BLACHE**, médec. du bur. centr. des hôpitaux.
Maladies mentales; Affections nerveuses.	**GEORGET.** — **FERRUS**, médecin des aliénés de l'hosp. de Bicêtre. — **CALMEIL**, insp. du service méd. de la maison d'aliénés de Charenton.
Maladies de la peau.	**BIETT**, méd. de l'hôp. Saint-Louis. — **CAZENAVE.**
Maladies syphilitiques.	**LAGNEAU.**
Maladies de l'oreille.	**ITARD**, méd. de l'hosp. des Sourds-Muets.
Pathologie dentaire et Art du dentiste.	**OUDET.**
Hygiène publiq. et privée. Statistique médicale.	**MARC**, membre du Conseil de salubrité. — **ROSTAN.** — **GERDY.** — **VILLERMÉ**, membre du Conseil de salubrité.
Médecine légale et Police médicale.	**MARC.** — **ORFILA.** — **RAIGE-DELORME.**
Philosophie médicale.	**COUTANCEAU.** — **RAIGE-DELORME.** — **DEZEIMERIS.**
Histoire de la médecine et Bibliographie.	**DEZEIMERIS.**

PARIS. — IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,
imprimeur de l'Académie de Médecine,
RUE DES FRANCS-BOURGEOIS-S.-MICHEL, N° 8.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

NOVEMBRE 1831.

Recherches sur l'emploi des préparations de morphine dans le traitement du rhumatisme synovial ou goutteux; par MM. TROUSSEAU, *agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, médecin du Bureau central des hôpitaux, etc.; et* BONNET, *interne à l'Hôtel-Dieu.* (I.re partie.)

Depuis quelques années les médecins emploient dans le traitement des névralgies et des rhumatismes chroniques, les sels de morphine placés sur le derme dénudé; l'un de nous en a fait l'application au traitement du rhumatisme articulaire aigu, et, dans un Mémoire imprimé parmi ceux du *Journal hebdomadaire*, pour le mois de mai 1831, il a fait connaître les résultats avantageux qu'il en avait obtenus dans sa pratique particulière; chargé depuis à l'Hôtel-Dieu (1) de remplacer M. le professeur Récamier pendant quelque temps, il a pu multiplier ses observations, varier ses expériences, obtenir des résultats généraux : c'est à l'exposition de ces recherches thérapeutiques que ce Mémoire est consacré. Les faits nom-

(1) C'est pour nous à-la-fois un devoir et un besoin d'exprimer notre reconnaissance pour M. Récamier. Ce savant nous a constamment suivis et guidés dans nos travaux avec une extrême bienveillance.

breux dont il se compose peuvent être rapportés à trois ordres : 1° exposition des procédés que l'on doit suivre dans l'administration des sels de morphine; 2° examen des phénomènes immédiats qui sont la suite de l'emploi de la morphine; 3° histoire de leur application thérapeutique au traitement du rhumatisme. Dans les deux premières parties de notre travail nous ferons connaître seulement les résultats auxquels nous sommes arrivés; dans la troisième nous y joindrons le détail des faits d'où nos conclusions ont été déduites; par là nous mettrons les médecins à même de vérifier les motifs de nos jugemens; nous rendrons plus facile l'intelligence de nos principes et la répétition de nos expériences.

Des procédés que l'on doit suivre dans l'administration des sels de morphine.

Dans ce Mémoire nous nous bornerons à décrire les procédés que l'on doit suivre dans l'application extérieure des sels de morphine sur le derme dénudé, et dans leur administration interne en pilules ou en potion. La première méthode se rattache d'une manière spéciale au sujet de ce Mémoire; nous l'examinerons avec quelque détail, et nous dirons comment doivent être appliqués les vésicatoires, à la surface desquels les médicamens doivent être absorbés.

On peut se servir, pour détacher l'épiderme, de toutes les substances qui produisent la vésication : nous employons cependant de préférence la pommade ammoniacale, à cause de la promptitude avec laquelle elle agit, de son inaction sur les organes internes, et de la facilité que l'on a pour limiter ses effets. Les cantharides qui restent près de douze heures avant de soulever l'épiderme, et qui réagissent quelquefois sur la vessie lorsque leur application est répétée, ne présentent pas les deux premiers

avantages ; l'eau bouillante est généralement abandonnée, parce que le plus souvent son action s'étend trop en profondeur ou en largeur. Si nous avons préféré la pommade ammoniacale à l'ammoniaque pure ou au liniment ammoniacal, c'est que l'emploi de ces deux dernières préparations demande une surveillance plus attentive. Lorsqu'on en fait usage il faut rester continuellement auprès du malade, soit pour renouveler le liquide, soit pour prévenir son effusion sur les parties que l'on veut préserver. On conçoit facilement que ces soins minutieux sont difficiles dans un hôpital, où la nécessité de consacrer dix à douze minutes à chaque malade entraînerait une perte de temps trop considérable. La puissance d'action et la consistance de la pommade ammoniacale permettent de s'occuper d'autres soins pendant qu'elle agit simultanément sur deux ou trois malades. Celle que nous employons est préparée de la manière suivante :

Ammoniaque concentré............	1	En été l'on peut doubler la proportion du suif (1).
Axonge..........................	1	
Suif............................	$\frac{1}{5}$	

(1) La préparation de la pommade ammoniacale doit être faite de la manière suivante : après avoir choisi les quantités convenables d'ammoniaque, de suif et d'axonge, en ayant soin que cette dernière soit fraîche, on commence par faire fondre le suif, puis on y ajoute l'axonge, et lorsque le tout est fondu on laisse refroidir jusqu'à consistance demi-liquide. Le mélange est alors versé dans un flacon bouché à l'émeri ; l'on ajoute parties égales d'ammoniaque ; l'on bouche et l'on agite jusqu'à ce que le mélange soit bien fait, ce que l'on peut reconnaître à l'absence de liquide isolé de la graisse.

La pommade est ordinairement peu consistante lorsqu'elle vient d'être faite, mais vingt-quatre heures après elle perd de sa fluidité et peut être appliquée plus facilement sur les parties déclives ou même perpendiculaires. Il est bon de faire observer aussi qu'elle perd promptement son activité, et déjà, après huit ou dix jours de préparation, elle ne produit que difficilement la vésication, bien que le flacon ait été soigneusement rebouché toutes les fois qu'il a fallu se servir de la pommade.

Un gros de cette pommade peut servir pour cinq ou six vésicatoires; elle doit être placée dans un flacon bouché à l'émeri et à large ouverture (1). Avant de faire usage de la préparation que nous venons d'indiquer, on doit avoir un sel de morphine divisé par quantités d'un demi-grain. Ceux de ces sels que nous avons employés, sont, l'acétate, l'hydrochlorate et le sulfate. Après des essais multipliés, c'est à ces deux derniers que nous nous sommes arrêtés. Ils sont plus solubles et par conséquent plus faciles à absorber; ils produisent sur les vésicatoires une piqûre plus vive, et leurs effets généraux, tels que la sueur, la somnolence et les démangeaisons, sont plus prompts et plus sensibles. Désirant comparer les quantités absorbées, nous avons choisi trois vésicatoires placés sur l'épaule, le même jour, à la même heure; en un mot, dans des circonstances exactement les mêmes; nous avons saupoudré l'un avec de l'acétate de morphine, les deux autres avec la même quantité d'hydrochlorate ou de sulfate. Douze heures après, ces deux derniers sels avaient presque complètement disparu, il restait près d'un quart du premier. Les autres essais comparatifs ne nous ont permis d'établir aucune différence entre le sulfate et l'hydrochlorate. La place que nous choisissons de préférence pour l'application des vésicatoires, est celle qui est la plus rapprochée du siège du mal : nous avons été conduits à ce choix par l'observation de la promptitude avec laquelle nous faisions disparaître la douleur des articulations superficielles comparée à la ténacité de celle des articulations profondes. La place une fois choisie, nous prenons la pommade avec

(1) Si, comme il arrive souvent, on éprouve de la difficulté à le déboucher, il faut passer autour du goulot une corde que l'on met en mouvement par des tractions alternatives.

une spatule et nous la modelons en forme de segment de sphère, dont le diamètre, d'autant plus étendu que les parties malades le sont davantage elles-mêmes, dépasse rarement celui d'une pièce de vingt sous. En donnant ainsi une petite étendue au vésicatoire, nous prévenons les érysipèles qui les accompagnent lorsqu'ils sont plus larges, nous nous réservons la facilité de les renouveler souvent autour d'une même articulation, ce qui est avantageux à cause de la promptitude avec laquelle l'absorption se fait sur les nouveaux vésicatoires, et du peu d'action qu'ont ceux qui datent de plus de deux ou trois jours. Au moment où la pommade ammoniacale est appliquée sur la peau, elle produit un sentiment de froid, et c'est d'après cette sensation plutôt que par l'odeur, qui est toujours insupportable, que l'on peut juger de sa force : le froid ne dure qu'un instant, il est remplacé par un sentiment de chaleur, auquel, deux ou trois minutes après, succède celui de la piqûre; cette sensation n'est pas, à beaucoup près, aussi pénible qu'on pourrait le présumer, d'après la rapidité avec laquelle se fait la vésication; elle est portée à un si faible degré, que jamais les malades ne témoignent de véritable douleur. Dix, douze ou quinze minutes après l'application de la pommade, l'épiderme est soulevé; il y a cependant des différences nombreuses qui dépendent surtout du siège du vésicatoire et de l'activité de la pommade. En général, c'est aux pieds et aux mains que la vésication est la plus lente à se former. A l'épaule elle est très-prompte, ainsi que dans le dos. Du reste, nos observations demandent à être multipliées à cet égard.

L'influence que peuvent exercer la proportion et l'état plus ou moins concentré de l'ammoniaque, est facile à prévoir, mais quelle que soit cette concentration, la vésication est bien rarement faite avant dix minutes. Du reste, il faut attendre avant d'enlever la pommade, qu'un peu

de rougeur se soit manifestée sur les parties environnantes, et que le malade ait éprouvé quelque temps la sensation de piqûre dont nous avons parlé.

En découvrant la peau, tantôt on trouve l'épiderme soulevé et ne formant qu'une seule bulle, tantôt il est ridé, et la sérosité est renfermée dans plusieurs cavités adjacentes; dans ce dernier cas, il est utile d'exercer préalablement quelques frictions sur l'épiderme; on le détache ainsi d'une manière plus complète, et les plis qu'on fait à sa surface permettent de le saisir avec l'ongle et de l'arracher avec plus de facilité. Le derme mis à nu est d'un rouge pâle; il est recouvert d'une légère couche de sérosité que l'on doit enlever; car en s'écoulant elle pourrait entraîner le sel de morphine. Quelquefois le derme est d'un rouge vif et marbré des petites ecchymoses; cette circonstance est fâcheuse; elle dépend toujours de la trop longue durée de l'application de l'ammoniaque; et il est rare que la surface du derme ne soit pas frappée de mort. Le sel de morphine peut être appliqué en poudre ou délayé dans de l'eau. Si on l'emploie avant de l'avoir humecté, on le fait tomber sur le vésicatoire en imprimant quelques secousses au papier dans lequel il est renfermé. Mais ce moyen ne permet pas de l'étendre régulièrement; il est impraticable lorsque la partie est plus ou moins déclive. Nous préférons, en conséquence, faire une pâte molle avec de l'eau et le sel de morphine, et l'étendre sur le derme à l'aide d'une spatule. Ce moyen favorise l'absorption, comme le prouve l'expérience suivante : deux nouveaux vésicatoires placés dans les mêmes conditions ont été recouverts simultanément d'une quantité égale de sel narcotique, avec cette différence que l'on a mis l'hydrochlorate de morphine en poudre sur l'un, en pâte molle sur l'autre. Ce dernier a fait éprouver la sensation d'une piqûre plus vive, et douze heures après il était presque complètement absorbé, tandis que l'on

trouvait près du quart du second. Cette expérience, plusieurs fois répétée, a donné les mêmes résultats.

Lorsque le sel de morphine a été mis sur le vésicatoire, on peut recouvrir la plaie avec un morceau de papier brouillard préalablement mouillé, et qui, en se desséchant, adhère assez à la peau pour qu'il ne soit pas nécessaire de le maintenir à l'aide d'une bande. Mais lorsque l'on veut changer le pansement, on est obligé de tirailler, et ce n'est qu'en faisant saigner la plaie que l'on peut enlever le papier qui recouvre le vésicatoire. Il vaut donc mieux prendre deux rondelles de papier, l'une du diamètre du vésicatoire, et l'autre d'un diamètre double. La première est enduite de cérat et appliquée sur la plaie, l'autre est simplement mouillée et recouvre la première. Par là on prévient l'adhérence sur la plaie, et ce n'est qu'à la peau saine que le papier s'attache avec assez de force pour ne pas changer de position. Cette dernière méthode est celle que nous employons habituellement; mais lorsqu'il nous est possible de nous procurer du taffetas d'Angleterre, nous le substituons à la seconde feuille de papier brouillard, et nous remplaçons la première par une rondelle de taffetas ciré. Le sel de morphine doit être renouvelé douze heures après le premier pansement; cette précaution est nécessaire pour que l'effet soit continué, et que l'absorption se fasse convenablement.

Au second pansement on trouve la surface du vésicatoire recouverte d'une fausse membrane d'un blanc-jaunâtre, qui fait quelquefois saillie au-dessus de la surface des parties environnantes, et qui d'autres fois plus mince reste au niveau de l'épiderme, ou paraît même plus enfoncée. Cette fausse membrane, dont l'existence est constante, varie seulement par ses divers degrés d'épaisseur, toujours en raison directe de quelques circonstances que nous indiquerons plus bas, et du temps qui

s'est écoulé entre le premier et le second pansement. On conçoit que si l'on applique sur la concrétion fibrineuse un sel de morphine ou tout autre médicament, elle mettra obstacle à l'absorption et la rendra même impossible ; il est donc de la plus haute importance de l'enlever avec soin, et de ne point se laisser induire en erreur par l'analogie qu'elle semble présenter avec la surface du derme mis à nu dans le premier pansement. Lorsque cette fausse membrane a été enlevée, ce que l'on opère facilement à l'aide d'une spatule, on trouve la surface du derme d'un rouge plus ou moins foncé. La vivacité de cette teinte est, toutes choses égales d'ailleurs, en rapport avec l'épaisseur de la fausse membrane, et l'épaisseur de la fausse membrane avec l'activité de la pommade ammoniacale et la durée de son application. Le sel de morphine doit être mis avec toutes les précautions indiquées plus haut; la douleur que détermine son contact, surtout lorsqu'il a été préalablement délayé dans de l'eau, est assez vive, et les malades la comparent ordinairement à celle que produit l'action d'un corps brûlant ; l'absorption ne tarde pas à se faire, et si l'on met sur les vésicatoires des quantités de sels de morphine égales à celles dont on a recouvert douze heures auparavant les vésicatoires nouveaux, on remarque que les maux de cœur, les étourdissemens, etc., se manifestent avec plus de promptitude et plus d'intensité. On ne saurait du reste trop répéter qu'on ne peut compter sur ces effets immédiats qu'autant que les pansemens seront faits avec toutes les précautions que nous avons indiquées.

Les jours suivans, les vésicatoires peuvent encore être pansés deux fois, l'absorption s'y fait avec facilité. Le troisième jour elle paraît être moins complète, et le quatrième les fausses membranes, qui les deux jours précédens débordaient la surface de la peau, sont moins

élevées et deviennent adhérentes au derme, elles s'organisent; et, le cinquième après la vésication, l'on n'aperçoit plus qu'une cicatrice rougeâtre qui disparaît complètement et sans laisser aucune trace, après huit ou dix jours.

Tels sont les phénomènes que présentent les vésicatoires lorsqu'ils sont convenablement appliqués et pansés chaque jour, et qu'on a le soin d'enlever les fausses membranes jusqu'à ce qu'elles deviennent adhérentes; mais si l'ammoniaque est restée trop long-temps en contact avec la peau, elle peut mortifier la surface du derme. L'escarre sec et jaunâtre ne se reconnaît d'ordinaire qu'au second pansement. Le sel de morphine n'a pas été absorbé, et si l'on veut enlever la fausse membrane on ne peut le faire que sur les bords. Quelquefois aussi on laisse sur le vésicatoire le papier qu'on ne renouvelle point, la fausse membrane se dessèche, la suppuration se forme, de leur dessiccation commune résulte une croûte sur laquelle le pus s'accumule. La cicatrice est alors longue à se faire et peut rester apparente vingt-cinq ou trente jours: si l'on recouvre ces plaies suppurantes d'une substance quelconque, l'absorption est beaucoup moindre que celle qui se fait par le derme nouvellement mis à nu, et les effets généraux sont beaucoup moins intenses, comme nous l'ont démontré de nombreuses observations. En général, les plaies suppurantes absorbent moins que celles dont l'exhalation peut se convertir en fausse membrane; ainsi les cantharides n'irritent les organes génitaux ou la vessie que les premiers jours de leur application sur la peau; ainsi l'emploi souvent répété du calomélas, à la dose de six à huit grains, sur des plaies qui suppurent, est rarement suivi de salivation, etc., etc.

Quelques médecins, en appliquant les sels de morphine sur le derme dénudé, n'ont point obtenu des effets généraux aussi intenses que ceux que nous décrirons plus

bas, bien que les quantités employées eussent été les mêmes de part et d'autre. La cause de cette différence nous paraît se trouver dans quelques détails du pansement. Nous avons démontré plus haut que l'hydro-chlorate de morphine est plus actif que l'acétate, et c'est ce dernier sel que l'on a presque toujours employé. Jusqu'ici, nous avons fait voir également combien les effets étaient plus rapides et plus sûrs, lorsque le sel était préalablement délayé avec l'eau, et toujours on s'est contenté de le mettre en poudre sur les vésicatoires. Enfin, le mode différent de vésication n'est peut être pas sans importance; s'il est vrai que les surfaces suppurantes absorbent moins bien que celles qui secrètent de fausses membranes; on conçoit que des vésicatoires ammoniacaux, sur lesquels la morphine est appliquée un instant après que la vésication a été faite, absorbent plus facilement que les vésicatoires cantharidés, qu'on ne panse ordinairement que douze heures après que l'épiderme est soulevé, et qui ont de la tendance à la suppuration.

Jusqu'ici, nous n'avons indiqué, ni le nombre des vésicatoires, ni la quantité des sels de morphine dont nous faisions usage. Cela est nécessairement fort variable, et en traiter ici avec détail, ce serait s'exposer à des répétitions nombreuses: nous préférons donc renvoyer aux observations où l'on pourra juger de la marche que nous avons suivie dans les différens cas. Il nous suffira de dire ici que dans le rhumatisme articulaire aigu, nous plaçons simultanément des vésicatoires sur toutes les parties malades quand la chose possible, et même sur celles qui nous semblent devoir le devenir, tandis que dans le rhumatisme chronique, nous les attaquons successivement, nous bornant à une ou deux articulations, par exemple, et passant aux autres quand celles-ci sont guéries (1). La quantité de

(1) Il faut avoir soin, lorsqu'on applique un vésicatoire sur une

sel de morphine est très-variable; le premier jour, nous dépassons rarement un ou deux grains, matin et soir, mais plus tard nous montons rapidement à trois ou quatre, et même jusqu'à six et huit par jour.

Nous n'avons employé à l'intérieur que l'acétate de morphine; toujours nous l'avons donné en pilules, composées avec un quart ou un demi-grain d'acétate de morphine et une quantité d'eau et de gomme en poudre, suffisante pour faire une pilule; les malades commençaient par les pilules d'un quart de grain, ils en prenaient trois ou quatre le premier jour, et la dose était graduellement augmentée jusqu'à quatre ou cinq grains au plus. Cette méthode nous a semblé préférable au sirop diacode et au sirop d'opium; en l'employant, on est plus sûr d'obtenir des sueurs abondantes et les autres symptômes que nous indiquerons.

Des effets immédiats produits par les sels de Morphine.

Les expériences nombreuses que nous avons tentées sur les sels de morphine, nous ont mis à même d'observer leurs effets immédiats, dans toutes les modifications que peuvent leur faire subir le tempérament, le sexe, le mode d'administration, la nature de la maladie, la durée de la médication. L'exposé de tous ces faits doit être présenté avec détail dans un mémoire spécial que nous publierons incessamment dans ce Journal; aussi, croyons-nous devoir indiquer seulement quelques résultats, dont la connaissance est nécessaire à ceux qui voudront répéter nos expériences, et faire usage des vésicatoires recouverts de sels de morphine.

Si la dose de ces médicamens est d'un demi grain à un

---

surface dénudée, de recouvrir cette dernière afin de prévenir le contact de la vapeur ammoniacale, qui détermine, sans cette précaution, une douleur extrêmement vive.

grain, l'action qu'ils exercent sur l'encéphale, le tube digestif et la peau, se manifeste dès le premier jour de leur application; le malade a des étourdissemens, des envies de dormir, de la céphalalgie, de la faiblesse musculaire; il éprouve de la soif, des nausées, des vomissemens, de la constipation; sa peau est le siége de sueurs de démangeaisons, et plus tard d'éruptions diverses. De tous ces phénomènes, le plus incommode est celui des vomissemens; en cherchant à le prévenir, nous avons remarqué que lorsque le malade mange dans un moment rapproché de celui où le sel de morphine a été mis sur le derme, les nausées se manifestent avant tous les autres symptômes, et ne tardent pas à être suivies de vomissemens, lors même que les malades sont peu irritables et soumis à l'influence d'une quantité moindre que celle d'un grain; il est donc nécessaire de panser les malades au moins deux heures après leur repas, et de les avertir de ne prendre aucune nourriture avant que le même temps se soit écoulé. Lorsque les nausées se prolongent et fatiguent le malade, on peut recourir à l'eau de Seltz, à la potion de Rivière et à l'infusion de café, les purgatifs deviennent également nécessaires pour rétablir le cours interrompu des selles. Du reste, les effets de ces médicamens et les cas qui nécessitent leur emploi seront examinés avec détail à la fin de ce mémoire.

Nous croyons inutile d'indiquer les précautions à prendre lorsque le malade éprouve une soif très-vive, ou transpire abondamment; il importe surtout d'être prévenu du développement de ces symptômes et de pouvoir les annoncer par avance.

Emploi des sels de morphine dans le traitement du rhumatisme synovial.

Ce mémoire étant consacré d'une manière spéciale au

traitement du rhumatisme synovial, nous croyons devoir ranger nos observations dans un ordre déterminé par la nature des moyens mis en usage, et faire connaître successivement les rhumatismes dans lesquels l'application extérieure des sels de morphine a été employée, seule, précédée du traitement interne, combinée avec la saignée, avec la saignée et le traitement interne, avec le baume de copahu, avec la saignée et le baume de copahu, avec les antimoniaux à haute dose.

Comme les malades traités uniquement par l'application extérieure des sels de morphine, étaient affectés, les uns, de rhumatismes aigus parcourant un grand nombre d'articulations, ou bornés à quelques-unes d'entr'elles, les autres de rhumatismes chroniques, nous pourrions établir trois sous-divisions dans les faits qui se rapportent au premier traitement. L'étendue que nous avons donnée au premier chapitre, la longueur et le nombre des observations que nous avons à faire connaître, ne nous permettent de parler dans cet article que des rhumatismes aigus, pour lesquels on a employé sans aucune complication les sels de morphine appliqués sur le derme dénudé.

A la suite de chaque fait, nous tâcherons d'apprécier l'influence du traitement, et d'appeler l'attention du lecteur sur les circonstances qui nous paraissent le plus dignes de remarque; nous nous réservons de rapprocher les observations, et d'en déduire quelques conséquences générales, à la fin de ce mémoire.

I.re *Obs. — Rhumatisme articulaire aigu. — Traitement par l'hydrochlorate de morphine à l'extérieur, commencé au 45.e jour de la maladie. Guérison après douze jours de traitement* (1).

La malade qui fait le sujet de cette observation est

(1) Cette première observation sera seule exposée avec les détails

Le soir, vésicatoire en dehors du coude droit, dont la douleur persiste au même degré, mais en se portant vers la partie interne. (Demi-grain d'hydrochlorate de morphine.) Durant la nuit, peu de sommeil, sueurs abondantes, gonflement avec rougeur à la partie interne du genou gauche qui avait été malade pendant plus d'un mois. Même état avec rougeur du côté de l'extension dans la première articulation métacarpo-carpienne du côté droit et dans l'articulation du gros orteil gauche avec l'os du métatarse.

3.e jour, guérison complète du poignet gauche, huit jours après l'invasion, deux jours après le commencement de la médication narcotique. Même guérison du tarse gauche malade de la veille. Diminution notable des douleurs du côté droit; même état que durant la nuit. Dans les autres articulations énumérées, quatre vésicatoires sur les articulations; deux grains d'hydrochlorate de morphine.

Malgré la recommandation qui lui en fut faite, la malade prit une soupe une heure après cette application; envies de vomir; mêmes phénomènes généraux que les jours précédens. Le soir, diminution notable de toutes les douleurs, à l'exception de celles du pouce droit et du gros orteil gauche. (Un grain d'hydrochlorate de morphine sur les vésicatoires de ces deux articulations.) Nuit très-agitée, invasion du rhumatisme dans les articulations métacarpo-phalangiennes du petit doigt et de l'indicateur du côté droit, dans l'articulation carpo-métacarpienne de ce même doigt, à la partie postérieure de la malléole interne gauche, et dans l'articulation carpienne du pouce du même côté. Les trois premières et la dernière de ses articulations sont rouges du côté de l'extension, et font éprouver les douleurs les plus vives.

4.e jour, guérison complète du coude droit. Le rhuma-

tisme s'y est montré près de trois jours auparavant, la médication a été commencée depuis deux jours; guérison également complète de l'articulation supérieure du péroné, de celle du pouce droit, et du gros orteil gauche. Ces articulations sont malades depuis trente-six heures à-peu-près, traitées depuis un seul jour. Cinq vésicatoires ammoniacaux sur les parties devenues malades pendant la nuit, deux grains et demi d'hydrochlorate de morphine : aussitôt après l'application de ce sel, envies de dormir, disparition de la douleur dans le repos, possibilité de quelques mouvemens. Pendant toute la journée, amélioration telle, que la malade se croit guérie. Le soir, retour des douleurs, avec diminution très-faible, dans toutes les articulations devenues malades pendant la nuit. Invasion du rhumatisme dans les articulations carpo-métacarpiennes de l'indicateur de la main droite et dans les deux articulations phalangiennes du pouce droit, surtout dans la première. Deux vésicatoires, l'un sur cette dernière articulation, l'autre sur celle de l'indicateur, trois-quarts de grain d'hydrochlorate de morphine, comme le matin. Soulagement momentané. Durant la nuit, douleurs, gonflement, rougeur dans les articulations qui unissent à droite et à gauche les deux rangées du carpe, et dans celle du cuboïde avec le calcanéum gauche.

Le cinquième jour, guérison des cinq articulations superficielles qui, malades depuis l'avant-dernière nuit, ont été recouvertes de vésicatoires 24 heures auparavant, et des deux autres articulations malades depuis la veille au soir. Douleurs très vives dans les trois articulations prises durant la nuit. Trois vésicatoires sur ces parties; trois grains d'acétate de morphine : immédiatement après l'emploi de ce moyen, disparition de la douleur, possibilité de quelques mouvemens, sommeil qui dure quatre

heures. Au réveil, rhumatisme avec gonflement et rougeur des cinq articulations suivantes : métacarpo-phalangienne de l'annulaire gauche, première phalangienne de l'indicateur et de l'annulaire du même côté, les deux articulations phalangiennes du pouce droit.

Vésicatoires sur toutes ces articulations, excepté sur la première du pouce, quatre grains d'hydrochlorate de morphine; malgré ces moyens, nul repos durant la nuit, apparition des douleurs, en haut et en avant des deux épaules, surtout dans celle du côté droit, à l'articulation du cuboide avec le dernier métatarsien, au niveau de la partie postérieure de la malléole du cubitus droit.

Le sixième jour, toutes les douleurs ont disparu dans les articulations traitées la veille pour la première fois; la partie interne du genou gauche est toujours douloureuse; les articulations que le rhumatisme a envahies durant la nuit le sont à tel point, que la malade est couchée sur le dos, ne pouvant exécuter le plus léger mouvement. Elle nous dit, ce jour là, que depuis neuf jours elle n'est pas allée à la selle. (Purgatif avec huile de ricin, une once, quatre vésicatoires sur les parties nouvellement douloureuses; trois grains d'hydrochlorate de morphine.)

Durant la journée, huit selles; le soir, douze heures après la vésication, guérison des douleurs situées sur la malléole du cubitus et sur l'articulation du cuboide et du métatarsien. Persistance avec toute leur intensité, dans les autres parties; deux grains d'hydro-chlorate sur les vésicatoires; sommeil souvent interrompu par la douleur.

Le septième jour, persistance des douleurs aux épaules, au genou gauche, quoiqu'à un moindre degré; rhumatisme des parties correspondantes aux tendons qui forment la patte d'oie ainsi qu'au pli du coude droit, en arrière et en dehors du coude gauche, et à l'articulation métatarso-phalangienne du pouce correspondant; cinq nouveaux vésicatoires aux deux genoux, aux deux épaules, au pli du

coude droit; trois grains d'hydrochlorate de morphine le matin, trois grains le soir. Continuation des sueurs et des démangeaisons qui ont été continuelles. Nuit calme.

Le huitième jour, le genou gauche est sans douleur; ses mouvemens sont libres; il est malade depuis six jours; les deux épaules, la partie interne et inférieure du genou droit, la partie antérieure du poignet du même côté et la phalange métatarsienne du deuxième orteil droit, sont douloureuses. Six vésicatoires sur ces parties, trois grains de sel de morphine; soulagement immédiat, sommeil. Le soir, la douleur des coudes est passée, deux jours après son apparition, trente six heures après le commencement du traitement. Elle existe toujours avec assez de force aux épaules, au genou droit et aux orteils; deux grains et demi d'hydrochlorate de morphine partie sur les vésicatoires de la veille, partie sur ceux du matin.

Le neuvième jour, les épaules seules sont malades, les douleurs ont disparu dans la patte d'oie et dans l'orteil, deux jours après le début de la douleur dans le premier et un jour après l'invasion de la maladie dans le second; deux vésicatoires sur chaque épaule, deux grains de sel de morphine. Le soir, même quantité sur les vésicatoires.

Le dixième jour, même état que la veille dans les épaules, douleur très-vive à la partie correspondante à la septième vertèbre; extension du cou impossible; flexion douloureuse, deux vésicatoires sur chaque épaule, deux sur le côté et au niveau de l'apophyse proéminente; deux grains d'hydro-chlorate de morphine matin et soir.

11.ᵉ jour, douleur des épaules un peu plus extérieure, légère diminution de celle du cou, rhumatisme avec gonflement et rougeur de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'indicateur droit. Deux vésicatoires aux épaules, un autre à l'indicateur; trois grains sur ces vésicatoires, et sur ceux de la veille; deux grains le soir. Vers la fin de la

journée douleurs à la partie postérieure des deux genoux.

12.e jour, l'articulation de l'indicateur malade depuis la veille est guérie; la douleur des épaules est toujours assez vive, quoique moindre; les genoux sont dans le même état que la veille. Quatre vésicatoires sur ces dernières articulations; quatre grains d'hydrochlorate de morphine matin et soir. Continuation des sueurs, des démangeaisons, etc.; selles régulières.

13.e jour, malgré les vésicatoires souvent réitérés, la douleur persiste dans les épaules et dans le cou. Deux vésicatoires un peu au-dessus de ceux qui avaient été mis dans cette dernière région; quatre grains d'hydro-chlorate de morphine sur ces vésicatoires et sur ceux déjà placés aux épaules ou aux genoux.

14.e jour, disparition complète de la douleur aux épaules, au cou et à la partie postérieure des deux genoux, sept jours après son apparition dans l'articulation scapulo-humérale, quatre jours après s'être montrée au cou et au genou. De ce moment la malade n'a pas éprouvé la plus légère douleur; ses vésicatoires ont séché en quelques jours. Le 13.e jour du traitement elle a pu faire le tour de la salle (1).

Nous donnerons quelques développemens aux réflexions qui vont suivre, dans le but de faire connaître sous quel point de vue nous désirons spécialement comparer les

---

(1) Cette malade était complètement guérie depuis dix jours, quand elle se promena imprudemment dans la salle par un temps froid, et n'ayant pour tout vêtement qu'un peignoir de coton. Pendant la nuit, elle fut reprise de rhumatismes; sur le champ on appliqua sur toutes les articulations douloureuses de nouveaux vésicatoires ammoniacaux que l'on recouvrit d'une forte dose de sulfate de morphine. Deux jours après le début de ce traitement, les douleurs étaient presqu'entièrement calmées. Un purgatif qui fut administré le troisième jour consolida la guérison, et la malade rendue plus prudente par l'accident qui lui était arrivé, ne s'exposa plus au froid et n'éprouva plus de récidive.

faits. L'examen de ceux qui peuvent éclairer l'influence de l'hydrochlorate de morphine sur la guérison de la maladie, précédera celle des autres. Avant l'entrée de la malade à l'hôpital, cinq articulations avaient été rhumatisées ; c'étaient le genou gauche, l'articulation du pied droit, le genou du même côté, le poignet du côté opposé, et probablement les articulations inférieures de la colonne vertébrale. La première était restée malade un mois ; les trois autres l'étaient depuis six jours, et n'avaient éprouvé aucune modification jusqu'à l'entrée de la malade ; la région des lombes était restée quinze jours douloureuse.

Pendant l'emploi des sels de morphine le rhumatisme a persisté sept jours dans les épaules, six jours dans le genou gauche, trois jours dans le coude droit, et jamais plus de quarante-huit heures, et souvent vingt-quatre ou douze heures seulement dans les vingt-six autres articulations. Dans le premier cas, la durée moyenne des accidens a donc été dans chaque articulation de *douze jours*, et dans le second de *trois jours et demi*, en ne comprenant que les grandes articulations des membres; on peut s'en assurer en examinant les détails de l'observation. On conçoit facilement combien ce chiffre serait réduit, si pour le former nous faisions entrer dans la somme à diviser les petites articulations des mains et des pieds, où la guérison a toujours été si prompte et si complète. Si donc la maladie aggravée par la complication vénérienne eût parcouru le même nombre d'articulations et suivi la même marche qu'avant le début du traitement, elle serait restée quatre fois plus longtemps dans chaque articulation, et par conséquent sa durée totale eût été quadruple de ce qu'elle a été ; en un mot, elle se serait étendue de trente-six à quarante-huit jours au lieu de douze, comme nous l'avons observé. C'est par cette méthode que l'on doit apprécier l'influence des médications dans des cas analo-

gues, et non point en prenant quelques propositions générales pour règle de jugement : dire que le rhumatisme aigu doit durer de six semaines à deux mois, regarder comme des exemples de guérison celui qui dure moins, et comme des insuccès celui qui dure plus longtemps, c'est comparer le rhumatisme à une éruption varioleuse, c'est ignorer ce que l'observation nous fait connaître des rhumatismes dont l'acuité reste en deçà ou s'étend au delà du terme fixé par les auteurs. Nous avons en ce moment sous les yeux un homme qui est resté quatre mois au lit, par suite d'un rhumatisme articulaire ambulant, avec gonflement et rougeur des articulations. Si on l'eût guéri à la fin du deuxième mois, la médecine aurait donc été impuissante, et si notre malade nous fût arrivé au 58.e jour, il fallait donc le guérir en vingt-quatre heures pour que notre traitement fût efficace.

Pour bien apprécier les faits que nous discutons en ce moment, il importe de remarquer que de toutes les articulations guéries par l'hydrochlorate de morphine, il n'en est que trois sur trente qui soient redevenues malades. Ce sont les deux genoux et le poignet gauches, et encore le point principal de la douleur était-il changé, et les accidens furent-ils courts et peu graves. Il n'en est point de même dans les cas ordinaires, et nous avons fait remarquer que l'une des articulations où le mal avait été le plus rebelle, était celle dont le rhumatisme avait été fixé pendant plus d'un mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Ajoutez à cela l'absence des douleurs consécutives si communes et souvent si longues, à la suite du rhumatisme aigu, et vous pourrez juger quelle a été l'influence du traitement dans le cas que nous venons de rapporter. Nous n'insisterons point sur les principes qui nous ont dirigés dans le cours du traitement, les détails que nous avons fait connaître ont permis de les apprécier; nous rappellerons seulement que nous poursuivions la douleur

dans tous les points où elle se manifestait ; qu'aussitôt après son développement, nous n'hésitions point à mettre les vésicatoires ammoniacaux sur toutes les parties malades, quel que fût leur nombre et l'intensité des symptômes ; que lorsque la douleur diminuait dans une articulation, nous avions soin néanmoins de recouvrir encore avec l'hydrochlorate de morphine les vésicatoires des jours précédens ; que nos pansemens étaient renouvelés matin et soir, et que nous portions jusqu'à cinq et six grains par jour la dose de morphine. Des soins aussi minutieux, aussi souvent répétés, demandent un temps plus long que celui que l'on donne ordinairement aux malades les plus gravement affectés. Cependant ce n'est que par cette méthode là qu'il est possible d'obtenir des résultats avantageux, et nous protestons d'avance contre les expériences contradictoires qui n'auront pas été faites avec le même zèle et le même désir de guérison.

Le nombre des articulations rhumatisées a été considérable ; nous en avons fait un relevé qui, comparé à celui d'autres malades, nous conduira peut-être à quelques notions générales sur les parties que le rhumatisme attaque de préférence. Dans les membres, ce nombre a été de trente, réparti de la manière suivante :

Côté droit.	16.	Côté gauche. . . .	14
Membres inférieurs.	19.	Membres inférieurs.	11

Nous ne développerons pas davantage cette comparaison, parce qu'elle ne donne aucune idée des récidives, de la durée et de l'intensité des symptômes : pour apprécier cet ensemble de phénomènes, nous préférons comparer le nombre des vésicatoires mis sur chaque articulation ; on n'hésitera pas à regarder cette méthode comme assez précise, si l'on fait attention que le nombre de ces vésicatoires a toujours été proportionné au siège, à l'intensité et à la durée collective des accidens. Dans les

membres ce nombre est de soixante-quatre ; leur répartition a étéf aite de la manière suivante :

	Total pour les membres... 64			Différence
Côté droit.............	38	—Côté gauche...........	26	12
Membres supérieurs....	38	—Membres inférieurs.....	26	12
Epaule droite.........	7	—Epaule gauche.........	6	1
Coude droit...........	3	—Coude gauche..........	1	2
Poignet et main droite..	12	—Poignet et main gauche,.	9	3
Art. de la hanche droite.	0	—Articul. hanche gauches.	0	0
Genou droit...........	10	—Genou gauche.........	6	4
Pied et articul. droites.	6	—Pied et articul. gauches.	4	2

De ce tableau on peut conclure approximativement que le côté droit a été malade par rapport au côté gauche, comme trois est à deux ; le membre supérieur au membre inférieur, dans le même rapport ; que les différences les plus tranchées entre les articulations de l'un et de l'autre côté sont dans les coudes et les genoux, parties moyennes des membres. On trouve en effet que pour le coude la différence est la moitié de la somme, et le quart pour le genou.

Les considérations énoncées plus haut nous permettent de regarder le tableau suivant comme devant nous faire connaître les rapports qui existent entre les côtés de l'extension et de la flexion, considérés comme siège du rhumatisme. Les vésicatoires appliqués sur le siège du mal ont été répartis comme on le voit dans ce tableau :

	Extension.	*Flexion.*
Epaules................	13......................	0
Coudes................	3......................	1
Mains et poignets........	20......................	1
Genoux................	16......................	1
Articulat. tibio-tarsienne.	7......................	0
Pieds..................	5......................	0

C'est, dans presque tous les cas, du côté de l'extension que s'est montré le rhumatisme.

Nous aurions dû comparer également les articulations sur lesquelles la rougeur s'était manifestée, et la surface où elle était le plus distincte ; plus la peau est rappro-

chée de la membrane synoviale, plus la rougeur est prompte à se montrer; mais ce résultat n'ayant rien que de connu, nous n'avons pas cru devoir y insister.

Un sujet de recherches qui sans doute doit offrir beaucoup d'intérêt, est celui des lois que suit le rhumatisme dans son développement et dans sa marche; ce sujet est encore à traiter : nous ne pouvons dire d'une manière générale quelle a été la succession des phénomènes dans le cas que nous examinons; il nous paraît seulement que le rhumatisme, développé d'abord dans les grandes articulations, a plus tard envahi les petites, et est revenu sur la fin dans les grandes, où il a montré le plus de ténacité.

II.ᵉ *Obs. — Rhumatisme articulaire aigu. — Entrée à l'hôpital le huitième jour de la maladie. Emploi de l'hydrochlorate de morphine à l'extérieur. Guérison après dix jours de traitement.*

M.lle..... est âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatique; elle porte au cou plusieurs cicatrices d'ulcères scrofuleux. Pendant six mois elle éprouve dans les articulations des pieds et des genoux, des douleurs qui ne l'empêchent point de marcher, et restent stationnaires. Au bout de ce temps, ces douleurs augmentent d'intensité, se compliquent de tuméfaction et de fièvre. La malade est obligée de garder le lit. Le 3.ᵉ jour après l'invasion des accidens, la main droite participe au même état que les genoux et les pieds. Le 6.ᵉ, l'épaule droite, le côté correspondant du cou, la partie latérale de la poitrine, deviennent douloureux. Ce jour là, vingt sangsues sur le côté de la poitrine, infusion de bourrache chaude, transpiration abondante; aucun soulagement. Le 7.ᵉ jour, l'articulation du pied droit est guérie. Le 8.ᵉ jour, la malade entre à l'Hôtel-Dieu; elle est alors dans l'état suivant : coucher sur le dos et un peu à droite, immobilité presque complète, douleur du cou en arrière et à

droite, la tête est inclinée de ce côté, et les mouvemens du cou sont difficiles et douloureux; gêne de la respiration et vive douleur sur le côté droit de la poitrine, un peu au-dessus du mamelon; absence de crachats et de toux, résonnance parfaite de la poitrine, articulations scapulo humérales immobiles, et ne pouvant exécuter le plus léger mouvement sans que la malade ne pousse des cris, elles sont douloureuses même pendant le repos, surtout du côté droit; poignet droit gonflé, douloureux, du reste dans le même état que les épaules et présentant une fluctuation sensible en devant et en arrière; genoux indolens pendant le repos, mais douloureux aux mouvemens et à la pression, et tuméfiés; pied droit gonflé en devant et au-dessous des malléoles; mêmes douleurs qu'aux épaules par les mouvemens communiqués; état sain du pied du côté opposé, lombes douloureuses.

Plaintes continuelles, cris aigus au moindre mouvement, soif très-vive, langue rouge à la pointe et sur les bords, ventre sensible à la pression, raretés des selles qui n'ont lieu que par les lavemens, peau chaude légèrement sèche; cette sécheresse a duré depuis le début de la maladie et n'a été interrompue qu'après l'administration de la tisane diaphorétique; face pâle, intelligence conservée, nonchalance et lenteur dans les réponses, insomnie continuelle. Vésicatoire ammoniacal sur le dos du poignet et sur le côté droit de la poitrine; un grain d'hydrochlorate de morphine sur le premier, un demi-grain sur le second. Point de sommeil, retour des règles pendant la nuit.

2.e jour du traitement. Les douleurs du cou, de la poitrine et de l'épaule droite ont disparu trois jours après leur apparition, et douze heures après l'application du vésicatoire de la poitrine, les mouvemens sont libres dans toutes ces parties. Poignet droit moins tuméfié, sans fluctua-

tion appréciable ; épaule gauche moins douloureuse et plus libre dans ses mouvemens, état stationnaire du genou, légère diminution de la douleur dans l'articulation du pied droit. La malade se couche indifféremment à droite ou à gauche, cessation des plaintes et des cris. Eruption de petits boutons rouges coniques et épars sur la partie antérieure de la poitrine. Vésicatoires à la partie interne de chaque genou, de chaque articulation du pied, et à la partie antérieure de l'épaule gauche ; deux grains d'hydrochlorate de morphine ; trois pots de tisane d'orge. Le soir, face rouge, pouls fréquent et plus développé, assoupissement, soif plus vive : la peau est chaude et est le siège d'une légère transpiration ; l'éruption a disparu de la poitrine et est apparente à la partie antérieure de l'avant-bras, où quelques boutons offrent au centre un petit point blanc rempli de sérosité. Les règles coulent abondamment, la nuit est toujours agitée.

3.e jour, guérison complète des articulations du membre inférieur, vingt-quatre heures après l'application des vésicatoires, dix jours après l'invasion. Il en est de même de l'épaule gauche malade depuis quatre jours, et traitée la veille pour la première fois. Retour des douleurs dans l'épaule droite, liberté complète du mouvement du poignet droit presqu'entièrement désenflé, légère douleur dans le ventre, constipation depuis trois jours. Vésicatoire à la partie antérieure de l'épaule droite ; deux grains d'hydrochlorate de morphine sur ce vésicatoire et sur ceux de la veille ; lavement avec une once d'huile de ricin. Ce lavement n'ayant produit aucun effet, on le répète dans la soirée, sans plus de succès. Enfin, après un troisième lavement avec une cuillerée de sel de cuisine, selles très-abondantes qui se répètent durant la nuit un si grand nombre de fois, que la malade est obligée d'avoir continuellement le bassin sous elle.

4.ᵉ jour, toutes les douleurs des articulations sont guéries; le poignet droit, après deux jours et demi de traitement et sept jours après l'invasion du rhumatisme; l'épaule droite n'était malade que de la veille. Du reste, continuation de la diarrhée, peau sèche, chaude, légère douleur dans le ventre. (Riz gommé, suppression des selles.) Le soir, retour des douleurs dans les deux épaules. (Deux grains et demi d'hydrochlorate de morphine sur les vésicatoires.) Nul soulagement, point de sommeil durant la nuit.

5.ᵉ jour, apparition de la douleur dans le poignet et le coude gauches. (Quatre vésicatoires, deux sur ces dernières articulations, les deux autres sur la partie externe de l'épaule droite; deux grains d'hydrochlorate de morphine.) Durant la nuit, transpiration abondante.

6.ᵉ jour, douleurs dans le genou et le coude droits, douleur et gonflement dans le pied et le poignet du même côté. Même état des épaules, toujours plus gravement affectées du côté droit. (Vésicatoires au coude, au poignet, à la partie externe et inférieure du deltoïde droit, et sur l'articulation du pied du même côté; trois grains d'hydrochlorate de morphine sur ces vésicatoires.) Le soir, diminution des douleurs, gonflement avec rougeur et gêne des mouvemens dans les articulations métacarpo-phalangiennes de l'indicateur et du médius. (Vésicatoires sur ces articulations; trois grains d'hydrochlorate de morphine.)

7.ᵉ jour, guérison du genou, du pied et du coude droits, après vingt-quatre heures de traitement. Persistance du mal au même degré dans les épaules et dans le poignet. (Vésicatoire sur cette dernière partie; trois grains de sel de morphine sur les vésicatoires de l'épaule et du poignet.) Le soir, même quantité de sel narcotique, nuit calme.

8.e jour, guérison du rhumatisme de la main, trente-six heures après l'application des vésicatoires. Du reste, mêmes articulations malades, légère diminution dans la douleur. (Vésicatoires sur l'épaule et sur le poignet droits. (Quatre grains d'hydrochlorate de morphine sur les vésicatoires.)

9.e jour, amélioration, douleur bornée aux épaules et au poignet droit où elle est très-faible. Le manque de pommade ammoniacale empêche de faire aucune nouvelle médication. Le soir, un grain d'hydrochlorate de morphine.

10.e jour, le poignet droit est guéri pour la seconde fois après quatre jours de douleur et de traitement. La douleur des épaules se fait sentir un peu plus en arrière; les mouvemens sont toujours difficiles. Deux nouveaux vésicatoires sur les points douloureux. (Deux grains d'hydrochlorate de morphine le matin, autant le soir.)

11.e jour, disparition complète de la douleur, liberté des mouvemens. Pendant toute la durée du traitement; l'écoulement des règles avait été si abondant, que les femmes de service présumèrent que la malade relevait de couche; mais le toucher nous prouva le contraire. Avec la guérson parut la diarrhée accompagnée de quelques coliques, et, dès le lendemain, la malade se promena dans la salle, sans souffrir.

Sa convalescence fut entravée par une gastrite aiguë succédant à une gastrite chronique dont elle présentait depuis long-temps les symptômes; pendant ce temps, qui fut de trois semaines, elle ressentait de temps à autre des douleurs dans les épaules, qui fixèrent à peine l'attention, mais qui, bien que légères, n'étaient point complètement dissipées au moment de sa sortie.

L'influence du traitement ne peut être appréciée par la même méthode que dans l'observation précédente. La

durée de la maladie, avant l'entrée de la malade à l'hôpital, a été trop courte pour qu'aucune des articulations atteintes par le rhumatisme ait eu le temps de se guérir, et pour que l'on puisse apprécier par conséquent la durée moyenne des accidens abandonnés à eux-mêmes; toutefois si l'on se rappelle que, chez les scrofuleux, le rhumatisme, comme toutes les maladies, est difficile à guérir, et tend à passer à l'état chronique, on appréciera qu'une guérison obtenue en dix jours, et suivie seulement de quelques légères douleurs dans les épaules, est un fait thérapeutique au moins aussi remarquable que le précédent. Ici, en effet, comme chez la malade du N.° 1, affectée d'une ancienne blennorrhagie, nous avons rencontré un cas difficile, et si, malgré ces obstacles, le traitement a réussi, on doit en attendre encore plus de succès dans les cas ordinaires.

Comme dans l'observation précédente, nous exposerons dans un tableau le nombre des vésicatoires et des parties sur lesquels ils ont été appliqués.

	Total. 27		Différence
Côté droit..............	17—Côté gauche............	10	7
Membres supérieurs.....	20—Membres inférieurs......	7	13
Epaule droite...........	6—Epaule gauche..........	4	2
Coude droit............	2—Coude gauche...........	1	1
Poignet et main droite..	5—Poignet et main gauche...	2	3
Articulat. de la hanche..	0—Articulat. de la hanche...	0	0
Genou.................	2—Genou gauche...........	1	1
Articulat. du pied droit.	2—Articulat. du pied gauche.	2	0

Nous croyons devoir nous borner à l'exposition de ce tableau; l'observation précédente a fait connaître le parti que nous désirions en tirer, et de plus longs développemens nous entraîneraient hors du sujet auquel ce Mémoire est spécialement consacré.

Indépendamment de ces faits nous appellerons l'attention sur les observations suivantes :

1.° Après deux jours de traitement, la diarrhée succède à la constipation, la malade paraît guérie ; la constipation revient, avec elle les douleurs. La guérison de celles-ci est accompagnée de selles abondantes.

2.° Pendant l'usage extérieur de l'acétate de morphine à très-haute dose, la malade n'est point étourdie, n'a point d'envies de vomir, n'a point de vomissemens.

3.° La disparition des douleurs n'est point complète ; elle se prolonge assez long-temps dans les épaules après la guérison des autres parties (1). Cet état coïncide avec un écoulement extraordinaire des règles et avec une constitution scrofuleuse, et une application antécédente de vingt sangsues à la poitrine.

III.e *Obs. — Rhumatisme des poignets. — Guérison après deux jours de traitement.*

Mlle......., âgée de 19 ans, est à l'Hôtel-Dieu pour y être traitée d'une scarlatine. Sur le déclin de la maladie, les deux poignets deviennent tuméfiés, douloureux, surtout en devant et en arrière; toute espèce de mouvemens y est impossible. Les autres articulations sont libres, la fièvre se ranime.

Lorsqu'on s'aperçoit de l'existence de ce rhumatisme articulaire, il n'a que douze heures d'existence; on met sur le dos de chaque poignet un vésicatoire ammoniacal et un grain d'hydrochlorate de morphine. Ce moyen produit un soulagement immédiat. Le lendemain, le gonflement et la douleur sont presque dissipés. (Même pansement que la veille.) Guérison complète après deux jours de traitement.

---

(1) Le lecteur se rappellera que, pendant les six mois qui précédèrent l'invasion du rhumatisme aigu, la malade éprouvait des douleurs dans plusieurs articulations.

En réfléchissant à la rapidité de cette guérison et à l'absence de toute espèce de récidive, nous aurions cru devoir l'attribuer au peu d'intensité de la maladie, si la rapidité de son développement, l'existence de la tuméfaction, l'impossibilité des mouvemens et l'apparition de la fièvre ne nous eussent prouvé qu'il existait une autre cause de succès; nous pensons la trouver dans l'opportunité du traitement employé au début de la maladie. Malheureusement les circonstances ne nous ont pas permis de traiter plus souvent des rhumatismes à une époque aussi voisine de leur invasion, et nous hésiterions à rapporter ce succès inespéré à la cause que nous indiquons, si les résultats obtenus par d'autres médecins n'en démontraient la réalité. Quelques-uns d'entre eux ayant suivi pendant quelque temps nos expériences, les ont répétées en ville où l'on observe plus souvent que dans les hôpitaux les maladies commençantes. Leurs succès, plus heureux que les nôtres, ont pleinement confirmé cette proposition, que si le rhumatisme débute par des articulations superficielles, et que s'il est attaqué dès le jour de son apparition, la guérison est prompte et les récidives ne sont point à craindre. Peut-être serait-on dans l'erreur si l'on portait toujours un pronostic aussi favorable. Mais de nouvelles observations sont nécessaires pour savoir si ces exceptions existent.

IV.e *Obs. — Rhumatisme aigu, borné aux deux épaules. — Guérison des douleurs après trois jours de traitement par les vésicatoires ammoniacaux, recouverts de sels de morphine.*

Le nommé frère Jacques est âgé de 28 ans, d'une forte constitution, exerçant la profession de cartier. Le 2 septembre 1831 il éprouve, sans cause connue, une vive douleur à l'épaule gauche, dont les mouvemens deviennent

impossibles. Dans la nuit, même état de l'épaule, élancemens, insomnie complète, etc. Les trois jours suivans, les douleurs se font sentir même pendant le repos; elles occupent tantôt les deux épaules à-la-fois, tantôt l'une et tantôt l'autre isolément; tout mouvement est impossible. Au milieu du 5.e jour, à compter du début de la maladie, la douleur redouble d'intensité dans l'épaule gauche; l'épaule du côté opposé est toujours incapable de se mouvoir, mais n'est douloureuse que pendant les mouvemens. Le malade ne peut garder un instant la même position. Il entre à l'Hôtel-Dieu; des circonstances particulières obligent d'attendre. Le traitement ne fut commencé que le 7.e jour. A cette époque, les douleurs des deux épaules se font sentir spécialement en devant et en haut, un peu en dehors de l'articulation acromio-claviculaire. Un vésicatoire saupoudré avec un demi-grain d'hydrochlorate de morphine est appliqué sur chaque partie douloureuse; dans la journée il y a des sueurs, des étourdissemens; le soir, l'hydrochlorate de morphine est renouvelé, les mouvemens sont moins difficiles, la douleur plus supportable; le malade ne peut cependant pas dormir.

8.e jour, la douleur, moins forte cependant que les jours précédens, se fait sentir en arrière et un peu en dehors de l'articulation de l'épaule. Deux vésicatoires ammoniacaux sont mis sur le siège du mal et pansés comme la veille. Cinq minutes après l'application de l'acétate de morphine, la douleur se porte en devant, à l'insertion du grand pectoral. Les sueurs ne s'accompagnent pas de démangeaisons: pour la première fois, depuis le commencement de la maladie, la douleur n'empêche plus le sommeil. Le 9.e jour elle est restée au-devant du grand pectoral: on la traite comme les douleurs précédentes, et dès le soir elle est complètement guérie.

De ce moment le malade est resté une vingtaine de

jours à l'hôpital, et pendant ce temps aucun retour de douleur n'a fait douter de la certitude de la guérison. Les variations de la température, de l'humidité, etc., ont cependant plusieurs fois influé pendant ce temps-là sur d'autres rhumatismes en traitement. Il est à remarquer que depuis la disparition de la douleur, le bras est resté engourdi, et que cet engourdissement ne s'est dissipé qu'au bout d'une quinzaine de jours, pendant lesquels on a employé successivement les bains et les frictions avec la teinture alcoholique de noix vomique.

Nos observations précédentes ont démontré avec quelle rapidité une articulation donnée pouvait être guérie par les vésicatoires recouverts de sels de morphine; aussi, lorsque le rhumatisme n'est point ambulant, qu'il est fixé à une seule articulation, la guérison est-elle prompte, comme l'observation que nous venons de citer en fournit un exemple. Elle confirme ce que nous disions à la suite de l'observation précédente, sur la facilité de guérir le rhumatisme lorsqu'il est récent, et ne tend pas à se porter sur d'autres articulations; elle prouve que cette proposition est applicable même aux articulations dont les synoviales sont étendues et recouvertes de muscles épais. L'on a sans doute remarqué l'engourdissement qui resta dans l'épaule après la disparition de la douleur; ce fait a été noté par plusieurs médecins, et, dans un mémoire que nous citions au commencement de cet article, l'un de nous en fait connaître un exemple remarquable. Toutefois nous appelons l'attention sur cette persistance de la difficulté des mouvemens volontaires, et sur les frictions avec la teinture alcoholique de noix vomique dont nous nous sommes servis avec le plus grand avantage.

V.e *Obs. — Rhumatisme articulaire aigu. — Hydrarthrose du genou. Emploi des vésicatoires ammoniacaux avec hydrochlorate de morphine. Guérison après neuf jours de traitement.*

Une fille de restaurant, âgée de vingt-un ans, d'un tempérament lymphatique, éprouve, neuf jours avant son entrée à l'hôpital, de la céphalalgie, des sueurs, de la fièvre; trois jours après, des douleurs avec difficulté des mouvemens se font sentir à la partie antérieure de l'articulation des deux coudes, disparaissent deux jours après, et sont remplacées par d'autres douleurs à la crête de l'os des îles, au genou gauche et à l'articulation tibio-tarsienne du côté opposé : le genou gauche resta seul malade, et, quatre jours après, la malade entre à l'Hôtel-Dieu. Le gonflement est considérable, la saillie de la rotule est effacée par celle des parties environnantes; cet os est soulevé et légèrement éloigné du fémur : en la comprimant ou en pressant sur les parties voisines, il est facile de reconnaître la fluctuation et l'existence d'un hydrarthrose; la peau n'a pas changé de couleur, la douleur est vive et se fait sentir à la partie externe, même pendant le repos le plus absolu. La soif n'est point augmentée, l'appétit est faible, les selles régulières, la peau est habituellement en moiteur.

1.er jour, vésicatoires ammoniacaux à la partie interne et externe du genou malade. (Un grain de sulfate de morphine. Dès que le pansement fut fait la malade fut étourdie et ressentit de la douleur à la tête; elle mangea trois-quarts d'heures après, malgré la recommandation qui lui avait été faite, et aussitôt vomissemens deux fois répétés : pendant toute la journée, envies de vomir, état général de mal-aise, démangeaisons, sueurs, insomnie, etc.

2.e jour, le genou est dans le même état que la veille.

(Vésicatoire à la partie externe de la rotule au dessous du premier; un grain et demi d'hydrochlorate de morphine.) Dans la journée, étourdissemens, céphalalgie, envies de vomir, perte d'appétit, salivation abondante, absence complète de soif, sueurs, démangeaisons depuis la veille, efforts inutiles pour excréter de l'urine. Le soir, même dose que le matin sur les vésicatoires.

3.ᵉ jour, la tuméfaction est diminuée, la fluctuation est obscure, la partie postérieure du genou est seule douloureuse. (Vésicatoire sur le milieu du jarret; un demi-grain d'hydrochlorate de morphine; le soir, deux grains.) Sommeil assez calme après une insomnie qui dure depuis six jours, sueurs, démangeaisons moins fortes que les jours précédens.

4.ᵉ jour, la rotule paraît toucher le fémur; la fluctuation est cependant encore appréciable sur ses côtés et à sa partie supérieure. (Un grain et demi.) Envies de vomir, point de vomissemens, démangeaisons, sueurs comme les jours précédens. Quoique la transpiration soit un peu plus abondante qu'avant l'emploi des sels de morphine, la malade n'a jamais changé de chemises, elle peut enfin uriner, quoiqu'avec beaucoup de peine; la quantité d'urine qu'elle rend est peu considérable; depuis le commencement de la médication, elle n'est pas allée à la selle. (Une once d'huile de ricin), plusieurs selles dans la journée. Le soir, à quatre heures, un grain d'hydrochlorate de morphine, point de sommeil durant la nuit.

5.ᵉ jour, la douleur se fait sentir à la partie inférieure du mollet et à l'articulation du pied droit dont les mouvemens sont un peu gênés. (Vésicatoires sur les deux parties; trois grains dans la journée.) Point d'envies de vomir; malgré les lavemens, impossibilité d'aller à la selle, toujours grande difficulté d'uriner, petite quantité d'urine.

6.e jour, le mollet et le pied sont guéris, la tuméfaction du genou est presque dissipée; la fluctuation n'y est plus appréciable, la douleur persiste cependant en arrière. (Un vésicatoire en dedans du genou, deux grains sur cette articulation, un grain sur le mollet.) Envies de vomir, point de vomissemens, salivation, étourdissemens, sueurs comme les jours précédens. Dans la journée la malade peut se lever et faire le tour de la salle; elle boite et traîne la jambe gauche. Les deux jours suivans, deux grains d'hydrochlorate de morphine sur les vésicatoires. Les étourdissemens, les envies de vomir, les démangeaisons, sont les mêmes qu'au début; il n'y a cependant point de vomissemens, et les envies de vomir sont diminuées.

Le 9.e jour, la marche n'est plus douloureuse, la malade cesse de boiter; elle reste levée toute la journée, et le douzième jour après son entrée elle sort de l'hôpital n'éprouvant plus au genou qu'une légère douleur causée probablement par un exercice trop prolongé.

(*La suite au prochain Numéro.*)

De l'utilité du lait administré comme remède et comme aliment dans le traitement de l'hydropisie ascite; par J. A. Chrestien, *docteur en médecine de l'Université de Montpellier, de l'Académie royale de Médecine.*

Mon intention n'étant pas de donner un travail *ex professo* sur cette maladie, mais seulement de fournir des preuves de l'efficacité du lait pour la combattre, je me bornerai à présenter des faits pour atteindre au but que je me propose. Plus de vingt fois j'ai vu la diète lactée pour alimentation presque exclusive et sans autre auxi-

liaire que la paracentèse dans un petit nombre de cas, réussir complètement. Je ne parlerai point de toutes les observations que j'ai recueillies; je me contenterai de rapporter l'histoire de celles qui me paraissent offrir le plus d'intérêt.

Est-ce parce que j'ai attribué l'ascite à un état inflammatoire plus ou moins prononcé, que j'ai adopté la médication dont il s'agit? Je n'ai point eu cette idée; c'est l'expérience qui m'a amené à l'emploi du lait. Mes illustres maîtres m'ont enseigné à être ecclectique. Une pratique de cinquante ans m'a confirmé dans les principes que j'avais reçus d'eux, et je me suis conduit d'après l'observation.

J'avais donné des soins, dans le cours d'une fièvre gastrique, à une dame d'une constitution délicate et d'une très-grande sensibilité physique. La maladie aiguë terminée, il se manifesta dans le bas-ventre un épanchement peu considérable d'abord, mais qui, faisant des progrès, constitua un ascite qu'il fut impossible de méconnaître. Vu les dispositions dans lesquelles se trouvait la malade, qui s'opposaient à l'administration de tous remèdes actifs capables de donner lieu à une irritation à laquelle aurait pu succéder la phlegmasie, je conseillai le lait d'ânesse aidé d'un régime adoucissant. Les urines, très-rares avant ce traitement, se rétablirent; elles coulèrent en abondance, et la malade obtint une guérison complète dans l'espace de quatre mois.

Dans plusieurs autres cas analogues, s'ils n'étaient pas identiques, j'avais eu recours aux mêmes moyens qui m'avaient fourni des résultats aussi satisfaisans.

Sans croire avoir besoin d'appeler personne en témoignage de ce que j'avance relativement aux bons effets du lait d'ânesse dans certains cas d'ascite, je citerai cependant M. le professeur Caizergues. Il soignait un homme

de soixante-dix ans qui, à la suite de peines morales, était atteint de cette maladie. L'inutilité des remèdes le mieux adaptés à la cause connue, fit désirer à ce praticien distingué qu'on m'appelât en consultation. Je proposai le lait d'ânesse ; il fut mis en usage, et après quelque temps de son emploi l'épanchement fut dissipé. Ce n'est pas la seule circonstance où M. Caizergues a pu juger de l'efficacité du lait contre l'ascite.

Une demoiselle dont il était le médecin, après avoir essuyé une fièvre ataxique très-grave due en grande partie à des peines physiques et morales, fut atteinte, avant que la convalescence s'établit, d'hydropisie avec anasarque et menace très-forte d'hydrothorax. Réuni à mon confrère, il fut convenu que nous chercherions à dissiper le danger que présentait la poitrine, et que si nous étions assez heureux pour y parvenir, nous soumettrions la malade à la diète lactée. La nature aida nos efforts, et la poitrine ne nous inspirant plus de craintes, la malade fut soumise à l'administration du lait de vache, à titre d'aliment et de remède uniques. Notre espoir ne fut point trompé : quatre mois d'emploi de la diète lactée, et il ne parut plus ni enflure, ni épanchement. Le lait, malgré ce bien, ne fut pas abandonné ; il fut pris encore long-temps, mais en moindre quantité, associé à d'autres alimens choisis, et la malade, âgée de 30 ans, d'un tempérament pituitoso-nerveux, recouvra une aussi bonne santé que pouvait le permettre sa constitution délicate ; elle en jouit depuis plusieurs années.

M. le docteur Bonnet a vu également une ascite très-considérable survenue chez un homme affligé depuis fort long-temps d'éléphantiasis, guéri par la même méthode que je proposai dans une consultation. Elle eut le même succès chez un de mes confrères, comme on le verra plus bas par la copie de la lettre qu'il m'écrivit trois ans après qu'il eût recouvré la santé.

Les guérisons que je viens de citer ne sont pas les premières que j'eusse obtenues par la diète lactée; elles avaient été précédées par beaucoup d'autres que je n'aurais pas probablement opérées si je ne m'étais pas cru autorisé à l'emploi du lait, d'après les effets que j'avais vu produire à celui d'ânesse. La difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de donner celui-ci à titre d'aliment exclusif, me fit ordonner le lait de vache cru et froid ou légèrement dégourdi, au cas que les malades ne pussent pas le supporter à la première température, ce qui est fort rare.

Un double motif m'a fait prescrire le lait cru. J'avais réussi en donnant ainsi le lait d'ânesse, et je ne voulais pas faire perdre au lait, par l'ébullition, quelques-uns de ses principes et particulièrement son arôme qui s'évapore par l'effet seul de la chaleur. Il serait sans doute à désirer de le faire prendre au sortir du pis de l'animal, mais peu de gens peuvent se procurer cet avantage. Venons aux faits.

I.re *Obs.* — *Ascite due à des causes irritantes. Emploi de la diète lactée. Urines abondantes. Guérison complète en quatre mois.* — Un ascitique, sans enflure aux extrémités, qui étaient au contraire très-amaigries, vint me consulter. (Il habitait une ville à quelques lieues de Montpellier.) Son tempérament était nerveux et son caractère irascible. Il avait 60 ans. Sur l'historique qu'il me fit, j'attribuai sa maladie à l'abus du vin, des liqueurs alcoholiques, et à des mouvemens de colère auxquels il se livrait fréquemment. Les urines étaient rares et ardentes; le ventre était paresseux; la soif vive. Tout concourait à me faire espérer du succès de la diète lactée, et je la prescrivis avec confiance.

Le malade étant retourné chez lui me fit savoir, vingt-cinq jours après qu'il eut commencé son traitement, qu'il

en éprouvait un mieux marqué, qu'il urinait beaucoup, que les urines n'étaient plus aussi foncées, que le ventre plus souple était diminué de volume, et que les selles se rétablissaient; mais qu'il était ennuyé de la boisson exclusive du lait, et il me demandait avec instance d'apporter quelques modifications à son régime. Dans la visite qu'il m'avait faite, je m'étais aperçu que je ne devais pas lui ménager les expressions; aussi ma réponse fut-elle courte et forte : le lait ou la mort. Le malade se décida pour la diète lactée qu'il continua rigoureusement pendant quatre mois, et il lui dut le retour d'une bonne santé qui se soutint six ans. Il mourut d'une pneumonie (1).

II.[e] — *Menaces de phthisie pulmonaire. Guérison des symptômes qui faisaient craindre cette maladie. Hypertrophie du foie. Apéritifs. Manifestation d'une ascite qui, en peu de jours, devint énorme. Paracentèse. Nouvel épanchement; diète lactée; diminution de l'épanchement; urines très-augmentées; concession de quelques alimens solides; diminution des urines; augmentation de l'ascite. Sévérité dans l'emploi de la diète lactée; retour de l'amélioration. Au bout d'un mois, nouvelle concession d'alimens solides aussi fâcheuse que la première. Nouvelle sévérité dans l'usage exclusif du lait. Troisième alimentation solide, nuisible encore. Retour à la diète lactée; guérison complète de l'hypertrophie; succès incomplet de l'ascite.* — Un jeune anglais, âgé de 20 ans, d'une constitution délicate, d'une faible stature, entaché de vice scrofuleux, qu'on croyait phthisique, me fut adressé de Londres par un de ses compatriotes que j'avais guéri, au moyen de mes préparations d'or, d'une phthisie pulmonaire syphilitique non parve-

(1) J'aurais supprimé cette observation d'après le plan que je me suis fait, si le malade qui me l'a fournie n'avait pas été le premier chez lequel j'ai employé la diète lactée.

nue à son dernier degré. Le sujet présentait l'ensemble des phénomènes qui établissent l'existence de cette maladie ; mais celle-ci reconnaissait une autre cause que la syphilis ; elle était le produit de l'abus qu'on avait fait du calomel contre un engorgement considérable du foie. Ce remède, sans atteindre au but qu'on s'était proposé, puisque le foie était resté très-volumineux, dur et sensible, avait décidé une irritation forte sur la poitrine, donné lieu à la fièvre, à la toux, à l'expectoration des crachats suspects, enfin à une réunion de symptômes bien propres à faire craindre l'existence de la maladie qui avait occasionné le voyage de l'individu.

Comme la guérison de cette affection pulmonaire ne fait pas l'objet de l'observation, je me bornerai à dire que le traitement dirigé contre elle eut tout le succès possible, et qu'il me fut permis de m'occuper de l'hypertrophie du foie.

Soit par le déplacement de l'irritation, soit par toute autre cause, à peine eus-je commencé l'emploi des apéritifs les plus doux, qu'il parut un léger épanchement dans le bas-ventre ; mais il augmenta avec tant de rapidité, sans avoir été précédé ni accompagné d'enflures aux extrémités, qu'après trois semaines de son apparition je fis pratiquer la paracentèse. On retira quinze pintes de sérosité.

J'avoue qu'en débutant dans la carrière de l'art de guérir, je ne me serais pas décidé aussi vite pour cette opération. J'ai bien changé d'opinion à cet égard. Je pense qu'on doit y avoir recours dès l'instant que la distension de l'abdomen permet d'introduire le trocart sans danger. Le séjour prolongé du liquide ne peut que produire sur les viscères abdominaux des désordres plus fâcheux que l'introduction de l'air qui a lieu par la ponction ; on verra dans deux observations que je donnerai

plus bas, combien les craintes qu'on avait à cet égard étaient peu fondées, et si certains résultats ont paru les légitimer; ces mauvais résultats n'ont eu lieu probablement dans les cas où la paracentèse a été pratiquée, que lorsque les viscères avaient beaucoup souffert par la présence du liquide. En opérant plus tôt, les remèdes doivent avoir plus d'efficacité, parce qu'ils agissent sur des organes peu éloignés encore de leur état normal. Je ne prétends point que, par cette méthode, on réussisse dans tous les cas, mais je ne crois pas que dans aucun elle doive laisser des regrets.

L'usage soutenu des apéritifs n'empêcha pas un nouvel épanchement de se former avec plus de rapidité que le premier. Nul doute que d'après l'opinion que je viens d'émettre, je n'eusse fait répéter la paracentèse si je n'avais pas eu le projet de soumettre le malade à la diète lactée, tant à cause de l'irritation qui avait précédé, que de celle qui existait encore. Je plairais plus au médecin physiologiste si je disais phlegmasie chronique; je n'emploie pas ces expressions parce que je ne crois pas que l'irritation fût chez le sujet, portée à sa dernière période, à la période d'inflammation; je prescrivis donc le lait à titre d'aliment unique et de remède.

Le malade en prit une pinte et demie chaque jour, et pendant trois jours. Les évacuations alvines eurent lieu comme auparavant; elles furent un peu moins consistantes, mais les urines restèrent rares; la dose du lait fut augmentée de demi-pinte. Après deux jours, il y eut un peu plus d'urine; quoique le sujet ne fût pas d'un gros appétit, je portai la quantité de lait à trois pintes par vingt-quatre heures, dose qui resta la même pendant tout le traitement, excepté dans une circonstance qui se répéta deux fois, et ou elle fut diminuée d'un tiers.

Vers le dixième jour, les urines coulèrent avec assez

d'abondance pour qu'on s'aperçut d'une diminution sensible du ventre : au vingtième elles égalèrent, à peu de chose près, la quantité de liquide ingéré. A cette époque, le malade ennuyé de la monotonie de son régime, me pressa vivement de lui permettre de manger, vers le milieu du jour, une cotelette d'agneau avec quelques bouchées de pain et de boire un petit verre de vin blanc mêlé d'eau ; je refusai d'abord ; mais craignant qu'un refus obstiné ne fit abandonner un moyen dont j'étais fondé d'espérer le plus grand succès, j'accordai. Nul changement ne fut remarqué dans les urines ni le lendemain, ni le surlendemain de ce nouveau régime : il n'en fut pas de même le quatrième jour; la quantité fut moindre de moitié et l'abdomen avait pris plus de développement. Le malade, effrayé du résultat fâcheux de ma complaisance, renonça facilement aux alimens solides. Après deux fois vingt-quatre heures, les urines augmentèrent et sous peu de jours elles devinrent aussi abondantes que par le passé, ce qui procura une diminution telle du ventre qu'il ne paraissait pas contenir le tiers du liquide qu'il y avait lorsque le traitement fut commencé. Je m'applaudissais de cette amélioration quand mon malade voulut encore faire un repas comme celui que j'avais permis; j'en sentais plus que la première fois l'inconvénient ; le sujet y mettait de l'obstination (il s'était écoulé un mois depuis cette époque), et le motif qui m'avait fait accorder déjà me fit céder. Nous eûmes à nous repentir de nouveau de la suspension pendant trois jours de la diète lactée. Les phénomènes qui avaient paru après la première se manifestèrent, il ne fallut pas presser le malade de renoncer au repas solide; il n'eut qu'à se louer de sa soumission.

Les urines coulant toujours avec abondance, le besoin de solliciter les selles ne s'étant jamais présenté, après cinq semaines de retour franc à la diète lactée, à peine

le flot du fluide était-il sensible dans la partie la plus inférieure du bas-ventre. Comptant sur la facilité avec laquelle le cours des urines notablement diminué se rétablissait, je fus curieux de savoir ce qui résulterait de l'alimentation dont nous avions eu à nous plaindre, et je conseillai d'y revenir. Les effets qu'elle avait produits deux fois furent les mêmes : il fallut supprimer tout aliment solide et l'eau vineuse qui pouvait n'être pas étrangère au retour du mal, quoique le vin fût pris en petite quantité.

Si j'étais ennemi juré de la médecine physiologique, comme ses partisans le sont de toute méthode qui n'est pas la leur, j'aurais omis volontairement de parler du vin qu'avait pris le malade; mais un observateur de bonne foi, quand il présente un fait, ne doit rien taire de ce qui peut être de quelque importance, lors même qu'il fournirait des armes pour en tirer des conséquences contre son opinion.

Le lait fut repris comme par le passé, et dans trois semaines il ne parut pas la moindre collection de liquide.

Cet effet du lait dans le traitement de l'ascite est sans doute d'un grand intérêt, mais ce qui l'augmentera c'est quand on apprendra que l'hypertrophie du foie fut totalement dissipée. Il n'en fut pas de même pour l'épanchement : une fois que j'eus assuré au malade qu'il n'avait plus de liquide dans l'abdomen, il se refusa à prendre le lait sous aucune forme, et se remit à son régime ordinaire. Dans peu de jours il parut un léger épanchement, quoique les urines ne fussent pas diminuées. J'évaluai à un litre la quantité de fluide. Ayant vu deux individus qui, jouissant des apparences de la meilleure santé, avaient gardé pendant plusieurs années un épanchement infiniment plus considérable, je n'ordonnai point de remèdes; je me bornai à observer. Six semaines s'étant écoulées, et la collection n'ayant pas fait le moindre pro-

grès, l'anglais retourna chez lui. J'ai ignoré ce qu'il était devenu.

IIIe *Obs.* — *Ascite fort ancienne. Diète lactée employée plusieurs fois dans l'espace de dix ans avec le plus grand avantage, mais sans opérer de guérison complète.* — L'un des individus que j'ai cités dans l'observation précédente, est le sujet de celle-ci. C'était un homme d'un tempérament nerveux, d'un caractère ardent, ayant peu d'embonpoint, et depuis long-temps entaché d'un vice dartreux bien prononcé. Son âge était 50 ans; il y avait plus de vingt que j'avais sa confiance; il n'habitait pas Montpellier, mais des dérangemens de santé l'avaient appelé plusieurs fois auprès de moi. Souvent j'avais exploré le ventre, et jamais je n'y avais découvert le plus léger embarras.

Il y avait plus de deux ans que le sujet n'avait pas eu besoin de mes conseils, quand il vint les demander. Ayant palpé l'abdomen, j'y découvris un épanchement qui s'était formé sans avoir été annoncé ni par la diminution des urines, ni par l'enflure des extrémités. La quantité de liquide, à en juger par le flot, me parut équivaloir à six pintes environ. Quoique le volume du ventre fût augmenté, le malade ne s'en était pas aperçu, tant à cause de sa taille élevée que parce qu'il n'éprouvait aucune incommodité par suite de la collection que j'avais découverte. Il était venu réclamer des moyens propres à le soulager des inquiétudes fortes que lui procurait une éruption dartreusè très-étendue. (La dartre était vive.)

Comme je connaissais la pusillanimité de l'individu, je lui cachai l'état du bas-ventre, en lui disant que c'était la présence des vents qui le rendait un peu volumineux, ce dont il s'était aperçu depuis à peu-près la dernière visite qu'il m'avait faite.

Motivant les indications à remplir sur la nécessité de

calmer les démangeaisons pénibles qui le tourmentaient, je proposai le lait à titre d'aliment et de remède. Le malade qui, négligeant le régime que je lui avais déjà prescrit, se nourrissait de mets de haut goût, buvait du vin et des liqueurs alcoholiques, quelquefois en grande quantité, rejeta ma proposition, en se soumettant néanmoins à prendre du lait matin et soir et à se nourrir plus sobrement. Plusieurs mois s'écoulèrent sans que le volume du ventre parut augmenté; mais au bout d'un an, à dater de l'époque ou j'avais conseillé le lait, l'ascite ne put pas être méconnue. La quantité de liquide paraissait triple de ce qu'elle était lors de la première exploration, et le malade épouvanté adopta la diète lactée. Quarante jours de son emploi ayant ramené le ventre au volume qu'il avait lorsqu'on l'avait commencé, le sujet ne voulut user du lait que matin et soir.

Il serait ennuyeux de suivre pas à pas l'individu qui, plusieurs fois dans dix ans, ramena par la diète lactée la collection à la quantité que j'appellerai primitive pour désigner celle que je découvris la première fois. Avait-elle atteint le point qui avait donné l'éveil! la diète lactée lui était opposée avec le même succès, mais abandonnée après quarante ou cinquante jours.

Le malade ne mourut pas d'hydropisie; il périt âgé de plus de soixante ans, d'un tétanos dû à l'impression brusque d'un froid très-vif auquel il fut exposé dans un moment d'une forte sueur.

VI.e *Obs.—Hypertrophie de la rate; ascite; vingt-sept ponctions; lait fournissant aux trois quarts de la nourriture; guérison de l'hypertrophie de la rate, après la vingtième ponction; apoplexie foudroyante par suite d'indigestion, au moment ou la guérison de l'ascite allait être opérée.* — Je fus appelé à une lieue de Montpellier, pour y voir un homme âgé de 68 ans, atteint d'hydropisie ascite

accompagnée d'anasarque. Le ventre était tellement distendu par le liquide, que le diaphragme en était soulevé au point de procurer de la suffocation. Le malade demandait avec intance la paracentèse; je m'y refusai, vû la grande faiblesse de l'individu occasionnée ou augmentée par un dégoût pour tous les alimens et par une diarrhée qui durait depuis plusieurs semaines et qu'on devait considérer comme colliquative. Je craignais une mort brusqué pendant l'opération, quelques précautions qu'on pût prendre pour évacuer les eaux; je partis donc sans la permettre. Le lendemain, il me fut adressé de nouvelles instances, et je me rendis auprès du malheureux gissant. Je m'opposai d'autant moins à ses désirs, que la suffocation augmentée depuis la veille le menaçait d'une mort prochaine. L'opération fut donc pratiquée. La quantité de sérosité jaunâtre qui sortit s'éleva à plus de trente pintes. Nous avions eu le soin de ne la vider qu'à des intervalles plus ou moins longs, en soutenant même les forces par du vin généreux. Le ventre une fois dégagé, j'en explorai avec soin toutes les régions, et je découvris la rate, d'un volume extraordinaire et d'une dureté telle qu'on aurait pu la croire squirrheuse.

Quoique le malade me laissât peu de ressources, je ne l'abandonnai pas; je pensai à l'emploi du lait, mais je crus indispensable avant de le prescrire de relever les forces digestives, d'augmenter autant que possible le cours des urines, et d'arrêter la diarrhée qui n'était que nuisible. Dans six semaines, la première et la dernière indications furent remplies; il n'en fut pas de même pour la seconde. Malgré une légère augmentation des urines, elles coulèrent fort peu, et nous fûmes obligés dans l'espace de temps désigné de pratiquer quatre fois la ponction. L'anasarque avait presque disparu, soit par l'effet du régime restaurant, soit par celui des toniques employés à l'inté-

rieur et comme topiques, soit peut-être encore plus par l'absence de la compression qu'exerçait auparavant sur le tissu cellulaire la tension des muscles abdominaux.

Je saisis ce moment pour mettre le malade à la diète lactée; il la soutint pendant douze jours; les urines coulèrent avec abondance : mais malgré cet effet avantageux les forces diminuant, je fus obligé de donner des alimens solides et du vin en remplacement d'une partie de lait dont la quantité ingérée était de trois litres, et qui fut réduite à deux.

Ce nouveau régime, parfaitement soutenu, eut des effets prompts sur les urines, qui, quoique plus copieuses que dans l'état normal, diminuèrent sensiblement. La collection, qui se formait avec lenteur, fit des progrès plus rapides; nous fûmes obligés d'avoir encore recours au trocart, et ce ne fut pas pour la dernière fois. Je visitais rarement ce malade; il était confié aux soins journaliers de M. Blavet, qui m'instruisait de son état. Dans la visite que je lui fis après la sixième ponction, m'étant aperçu qu'il avait beaucoup gagné en embonpoint et en forces, ce qui n'empêchait pas une nouvelle collection, attendu que la diminution des urines qui avait suivi de près l'usage des alimens solides, restait au même point, il fut convenu qu'à l'avenir on pratiquerait la paracentèse chaque fois qu'on le pourrait sans danger; elle fut donc pratiquée chaque quinze jours. Pour épuiser autant que possible le liquide, M. Blavet, avant de retirer la canule, introduisait dans la cavité abdominale une sonde de gomme élastique qu'il laissait jusqu'à ce qu'il ne sortît plus de sérosité. Nous eûmes la satisfaction de voir qu'à chaque nouvelle évacuation des eaux, la quantité en était infiniment moindre, que l'embonpoint et les forces gagnaient de jour en jour, et qu'enfin après la vingt-septième ponction à dater du commencement du traitement, opération qui

avait fourni très-peu de liquide, le malade jouissait d'une santé telle, que nous ne devions plus douter du succès le plus complet, lorsque j'eus la douleur d'apprendre qu'il était mort d'une apoplexie foudroyante provoquée par une indigestion d'anguilles mangée au repas du soir.

Quoique l'observation précédente et celle-ci ne fournissent pas des preuves de guérison, elles ne démontrent pas moins la propriété puissamment diurétique du lait contre l'ascite, lors surtout, qu'on l'emploie sans aucun mélange d'autres substances nutritives. Ce qu'il y a de satisfaisant pour moi, c'est qu'on ne peut pas attribuer la mort des deux malades dont je viens de parler, à la méthode que j'avais mise en usage, et qu'il est probable au contraire que la collection de liquide qui avait existé pendant plusieurs années chez le premier aurait été entièrement dissipée, si la diète lactée eût été continuée assez long-temps et que tout faisait espérer chez le second le retour à une parfaite santé. Ce n'est là qu'une probabilité, mais ce qui est une certitude qui ajoute beaucoup d'intérêt à la dernière observation, c'est que l'engorgement de la rate, qu'on trouvait diminué après chaque ponction depuis l'administration du lait, fut entièrement dissipé lorsqu'on eût pratiqué la paracentèse pour la vingtième fois.

V.e *Obs. — Hydrothorax, ascite et anasarque. Disparition de l'hydrothorax. Diète lactée; disparition de l'épanchement. Permission de quelques alimens solides; diminution de la quantité de lait; retour de l'ascite. Nouvelle diète lactée exclusive; absence totale de liquide à en juger par le tact. Inconduite de régime; mort.* — Un homme de 60 ans arriva à Montpellier affligé d'un commencement d'hydrothorax, d'ascite accompagnée d'anasarque, l'une et l'autre portées à un très-haut degré. Le sujet, d'une forte constitution, d'un tempérament

sanguin-bilieux, avait été frappé depuis environ deux mois d'une paralysie incomplète du bras droit et de l'extrémité abdominale du même côté. Les moyens employés contre cette maladie n'apportèrent aucun changement sur les autres ; il parut même que l'ascite et l'anasarque qui existaient déjà, avaient fait des progrès plus rapides. (La menace d'hydrothorax ne s'était manifestée que dix ou douze jours avant l'arrivée du malade auprès de moi.) Des émétiques et des purgatifs avaient été administrés ; on avait employé des topiques plus ou moins stimulans, et les vésicatoires n'avaient pas été oubliés.

L'indication la plus urgente était de garantir la poitrine fortement menacée ; j'activai le vésicatoire du bras droit qui fournissait encore un peu, et j'en fis appliquer un autre au bras gauche. Je prescrivis des pilules composées de digitale, de scille et d'assa-fœtida, qui convenaient parfaitement à l'état général, et je donnai pour boisson une décoction de fleurs de sureau, de feuilles de lierre terrestre, à laquelle on ajoutait de l'oximel scillitique, tisane dont je fais le plus grand cas quand j'ai à traiter l'hydrothorax. Vingt jours de l'emploi de ces moyens avec quelques modifications, ayant dissipé les craintes que m'inspirait la poitrine, je pus m'occuper plus particulièrement de l'ascite et de l'anasarque qui n'avaient subi que très-peu de diminution, quoique les urines et les selles eussent été plus abondantes qu'avant l'administration des premiers moyens.

Je mis le malade à la diète lactée. La quantité de lait qu'il prit d'abord dans les vingt-quatre heures fut de quatre livres. Ce liquide étant bien supporté, mais la dose ne suffisant pas à l'alimentation et au maintien des forces, elle fut, après quatre jours, portée à six livres, après quatre autres à huit, sans de nouvelle augmentation.

Au troisième jour de ce traitement, les urines furent plus abondantes que je ne l'eusse vu au même terme du traitement de l'ascite par la diète lactée. Cet effet prompt était dû probablement aux premiers remèdes qui avaient disposé les organes à l'action que je sollicitais. Quoi qu'il en soit, au douzième jour le malade qui, comme je l'ai dit, prenait huit livres de lait, rendit sept livres et demi d'urine, quantité qui se soutint, à quelques variations près, jusqu'à ce que l'anasarque et l'ascite fussent dissipées, ce qui eut lieu après quarante-cinq jours. Il est bon de noter que vers le vingt-cinquième il survint un écoulement considérable par les jambes, sans crevasses ni gerçures apparentes, et qu'il se soutint pendant dix jours.

Le ventre exploré avec soin me paraissant dégagé, toutes les enflures ayant disparu, je crus pouvoir céder au désir vivement exprimé du malade, et remplacer partie du lait par des alimens solides. J'eus à me plaindre de ma complaisance. Peu de jours après ce nouveau régime, il y eut une diminution notable des urines et un nouvel épanchement, ce qui exigea de revenir à la diète lactée qui, dans quinze jours, dissipa la nouvelle collection. Malgré mes instances, le malade se disant guéri, renonça au lait dont l'emploi contrariait trop ses goûts, et retourna chez lui où il mourut quelques mois après : j'ai ignoré de quelle maladie : quand même ce serait d'hydropisie, ce qui est probable, ne suis-je pas fondé à croire qu'il n'aurait pas eu de rechute s'il avait suivi pendant un temps suffisant le régime qui l'avait tiré de l'état fâcheux que je viens de décrire ? Je n'y mets pas le moindre doute, surtout d'après la lettre que je vais transcrire et que j'ai annoncée plus haut; elle est de M. Delalo, docteur de l'Université de Montpellier, habitant Mauriac, département du Cantal, en date du 30 avril 1824.

« MONSIEUR, il y a déjà trois ans que M. le Dr Montjoly eut la bonté de vous consulter pour moi; j'étais alors atteint d'une hydropisie-ascite, suite d'une phlegmasie chronique des membranes séreuses de l'abdomen. Les remèdes employés depuis trois mois n'avaient pas empêché des progrès effrayans. Il fallut en venir à la ponction, et l'on me tira trente-six livres de sérosité. Ce même jour M. de Montjoly me remit votre ordonnance par laquelle vous me prescriviez de débuter par la paracentèse. Ennuyé depuis long-temps du sirop de nerprun et de différentes préparations scillitiques, je me mis dès le jour même au lait de vache cru et froid que vous me conseilliez pour tout aliment et pour tout remède.

» Dans huit jours je me trouvai beaucoup mieux. Avant la fin du mois il ne restait plus aucun vestige d'hydropisie. J'ai continué exactement ce même régime pendant dix-huit mois, et je lui dois l'entier rétablissement de ma santé bien délâbrée depuis plusieurs années. Je n'ai plus ressenti des douleurs de rhumatismes qui me tourmentaient souvent depuis dix ans, et que les bains et les douches du Mont-d'Or n'avaient pu entièrement détruire. »

VI.e *Obs.* — *Ascite avec irritation du péritoine. Huit ponctions; diète lactée; guérison.* — Cette observation présentera quelques détails minutieux, aucun cependant étranger au sujet; mais l'historique de la maladie et du traitement a été rédigé par l'individu qui en est l'objet; je vais le copier.

» Après beaucoup de fatigues dans l'état militaire et une campagne pénible, j'éprouvai du mal-aise avec perte d'appétit, qu'on attaqua par des émétiques et des purgatifs répétés. Pendant ce traitement, apparition à la gorge d'un ulcère jugé vénérien. Emploi de préparations mercurielles; guérison.

» Ayant pris un bain chaud qui ne provoqua pas des sueurs qui avaient lieu chaque fois que j'en prenais à une température aussi élevée, l'appétit reparut ; il fut vorace. Je fis excès de fr ises, d'autres fruits rouges, de melons. Chaque jour je buvais deux bouteilles de vin de Bordeaux. Mon ventre grossissant à vue d'œil, je crus à un retour d'embonpoint; je fus détrompé par des douleurs abdominales, modérées dans le principe, mais devenues si vives qu'elles m'arrachaient des cris. Le médecin jugeant que j'étais tourmenté par les vents, me conseilla l'usage de pastilles de menthe et de quelques autres toniques. Une grande soif se fit sentir : il me fut permis de boire à volonté de la limonade, de l'orgeat, de l'eau de groseille à la glace. L'application d'une flanelle trempée dans du vin chaud augmenta mes souffrances. Fatigué de mon état, je réunis quatre médecins. Il fut décidé qu'outre les vents il y avait collection de liquide dans le ventre et qu'il fallait faire la ponction : elle fut pratiquée le lendemain, et on tira onze pintes d'eau citronée. La sérosité qui abreuvait les cuisses et les jambes s'étant brusquement portée dans l'abdomen qui devint aussi gros qu'avant l'opération, une seconde ponction fut faite quatre jours après la première : une troisième eut lieu onze jours après celle-ci, qui ne précéda la quatrième que d'une semaine.

» Je n'avais rien changé au régime que je suivais en santé. Point de garde-robes sans le secours des lavemens. Les urines, rougeâtres, coulaient à-peu-près dans la proportion de la boisson. Je ne goûtais de sommeil qu'à l'aide de l'opium. La grande faiblesse que j'éprouvais me forçait de garder le lit, où je ne suais jamais quoique j'y fusse bien couvert, tandis que dans ma plus parfaite santé il ne se passait pas de jour que je ne mouillasse trois ou quatre chemises. Je crois devoir noter également que trois ou

quatre fois le jour je rendais du sang par le nez, et que de ma vie je n'en avais saigné.

» Sur l'avis de mon médecin, je partis de Metz le lendemain de la quatrième ponction, pour me rendre à Montpellier, ma ville natale; mais arrivé à Châlons, je fus forcé de me faire opérer de nouveau : ce fut le 2 octobre. Rendu à ma destination le 6, je fis appeler le docteur Chrestien qui, à sa première visite, ordonna la ponction; elle fut pratiquée le 8. Il me mit de suite pour toute nourriture et seul médicament, à l'usage du lait : j'en pris six livres par vingt-quatre heures, tiédi et sucré, ne pouvant pas le supporter froid et sans sucre. Je fus soumis en même temps à des fumigations sur tout le corps, fournies par une forte décoction de plantes émollientes; elles procurèrent un peu de sueur.

» Il y avait quinze jours que je suivais ce traitement, dont je retirais un bien marqué, et pendant lequel je faisais des promenades journalières, lorsque le seizième jour je fus pris d'un violent ténesme accompagné de très-vives douleurs; les urines ne coulant alors que faiblement, et étant devenues rouges comme du sang. M. Chrestien me fit suspendre l'usage du lait et des vapeurs émollientes; il me mit à une nourriture légère fournie par des fécules, et la crême de riz; à la boisson d'eau de riz et à l'usage d'injections répétées dans le rectum avec la décoction de son de froment à laquelle on ajoutait du jaune-d'œuf et du beurre frais. Six jours d'abandon du lait et des bains de vapeurs nécessitèrent une septième ponction qui donna issue à une aussi grande quantité de liquide que la première. Même ténesme après; même régime. Huitième ponction onze jours après la septième. Il sortit beaucoup plus de liquide que dans aucune des autres opérations; aussi le ventre resta-t-il à sec, mais gonflé par les vents.

Frictions sur l'abdomen avec divers remèdes. La constipation ayant succédé au ténesme, M. Chrestien me fit prendre pendant quelques jours de suite une pilule d'Anderson qui procura chaque lendemain de son administration deux ou trois selles. Les vents ne me fatiguant presque plus, je fus remis au lait avec défense expresse de me permettre autre chose; mais j'avais un appétit si dévorant, qu'oubliant la défense je mangeai un morceau de côtelette de mouton, un peu de pain, buvant par dessus un petit verre de vin blanc. Ne me trouvant pas incommodé de ce faible repas, je le continuai avec une légère augmentation. Je suivais ce régime depuis deux mois, lorsque j'en fis l'aveu à mon docteur qui, trouvant que les choses allaient bien, malgré cette infraction, me permit de le continuer en le renforçant même, au point que profitant de la permission, dont j'abuse peut-être, ma nourriture, depuis un mois, se compose d'une grande tasse de lait bien sucré pris à sept heures du matin, d'une tasse de chocolat de santé préparé avec beaucoup de lait, dans lequel je trempe quelques bouchées de pain, qui m'est servie à neuf heures et demie. A une heure je mange une ou deux côtelettes de mouton, le quart d'une volaille rôtie, et je bois un quart de pinte de vin blanc sec. A six heures on me sert une grande tasse de lait, une autre à sept heures et demie. Demi-heure après je me couche dans un lit bien chaud où j'éprouve presque de suite une sueur qui devient abondante, après que j'ai bu à neuf heures et demie une dernière tasse de lait, Vers les dix heures et demie je suis obligé de changer de chemise et de draps, même souvent de faire enlever le matelas sur lequel je suis couché. Je m'endors de suite, mais mon sommeil est interrompu quatre ou cinq fois par le besoin de rendre en quantité des urines claires qui sont toujours

plus copieuses les jours où j'ai été à la garde-robe. Malgré les sueurs que j'ai toutes les nuits, mes forces se rétablissent journellement, et je gagne de l'embonpoint. Je fais de très-longues marches, et au moment où j'écris je jouis d'une aussi bonne santé qu'avant ma maladie. Si je continue l'usage du lait dont M. Chrestien croit que je puis me passer, c'est parce qu'il ne me fatigue point et que je pense qu'il consolidera ma guérison. »

Le sujet, d'un tempérament bilieux, d'une constitution très-forte, s'est en effet bien porté pendant plusieurs années, et a péri de mort violente.

(*La suite au Numéro prochain.*)

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION (1),

RÉDIGÉ PAR MM. CHANTOURELLE, DONNÉ, GUILLEMOT, MONDIÈRE ET VELPEAU.

Choléra. Mémoire et observations-pratiques.

Il résultait de documens parvenus au ministère des affaires étrangères, documens qui paraissaient authentiques, et fruits de la longue pratique d'un médecin exerçant au Bengale, que l'huile de cajeput administrée dès les prodômes, ou au moins dès l'invasion des premiers symptômes du choléra, avait eu entre ses mains des succès extraordinaires et bien supérieurs à ceux obtenus par toute autre méthode de traitement. En admettant même que

---

(1) Les lettres ou paquets destinés à la Société doivent être adressés, *franco*, à M. Bricheteau, secrétaire-général, rue Christine, N.° 1.

beaucoup d'individus traités d'aussi bonne heure eussent guéri naturellement, en faisant aussi la part de l'enthousiasme qui s'attache toujours à un remède favori, il restait encore de quoi fixer l'attention sur ce moyen, si d'ailleurs il ne paraissait pas s'éloigner, dans son action présumée, des principes d'une saine physiologie et de la thérapeutique.

L'huile de cajeput, produit de la distillation du melaleuca leucodeudron, ayant quelque analogie avec celle de térébenthine, est sans doute un excitant; mais, à ce titre, elle peut être un puissant dérivatif, et comme dérivatif et comme excitant, elle peut trouver son application utile dans certaines maladies, à certaines périodes, et dans certaines conditions physiologico-pathologiques.

Est-il besoin pour appuyer cette proposition de rappeler que le sulfate de quinine est administré dans certaines inflammations, que les vésicatoires sont placés avec avantage sur certains érysipèles dont ils changent la marche; que les sinapismes, l'essence de térébenthine s'emploient pour déterminer des réactions promptes et indispensables etc. etc.

L'huile de cajeput, donnée d'une manière convenable, ne pourrait d'ailleurs être considérée comme un médicament dangereux, puisqu'on sait qu'elle est employée souvent à l'intérieur dans l'Inde par gouttes dans des potions contre certaines douleurs intestinales, ainsi que dans les affections hépatiques et les calculs biliaires. A l'extérieur on en fait un grand usage contre les névralgies et les affections rhuma tismales.

Toutes les connaissances acquises jusqu'alors sur le choléra paraissent s'accorder sur ce point que dans les premiers momens de la maladie, lorsqu'elle est le plus grave, le plus rapidement mortelle, lorsqu'elle tue par concentration, anéantissement des forces ou de l'action vitale, il n'y a ordinairement encore aucun symptôme inflam-

matoire, et que les intestins et l'estomac de ceux qui succombent à cette première période sont trouvés sans altération. Plus ce premier état se prolonge et a d'intensité, plus les phénomènes de la seconde période seront graves, de même que dans les fièvres intermittentes pernicieuses la violence et la longue durée du premier stade, celui du froid, en indique la gravité.

C'est donc à détourner le plus promptement possible cette concentration des forces vitales qui peut aller jusqu'à en détruire l'exercice, que les observateurs ont dû s'attacher; tantôt on a employé les moyens externes, tantôt les médicamens internes, tantôt les deux combinés et l'on a obtenu des succès par toutes les méthodes. Remarquons ici que beaucoup de circonstances doivent être notées pour bien juger de l'efficacité réelle ou supérieure d'une méthode sur les autres. Dans le commencement de l'épidémie et surtout à la fin, presque toutes réussissent si elles ne sont pas évidemment contraires; mais à son maximum elles sont la plupart insuffisantes, même les plus rationnelles : enfin la maladie peut se compliquer, et alors la mortalité s'accroît par toutes les méthodes; c'est ainsi que les typhus, les fièvres graves sont venus se joindre au fléau du choléra dans les grandes populations, et ont fait le plus de victimes.

Parmi les moyens externes, on doit placer au premier rang les bains chauds acides, stimulans, les frictions sèches chaudes long-temps continuées et fortement irritantes; les forts sinapismes, les vésicatoires à l'épigastre, la cautérisation des pieds, du talon; c'est toujours une même médication qu'on veut opérer par là, c'est-à-dire, une dérivation puissante. Les moyens internes à la première période seront les boissons chaudes stimulantes, le thé de camomille, de menthe, le café, l'huile de cajeput, celles de succin, le camphre, des prises d'ipécacuanha uni à l'o-

pium, etc. Si des symptômes inflammatoires se montrent dès la première période ou dans les suivantes, la saignée, les sangsues à l'épigastre ou aux oreilles doivent être employées sans hésitation. Il n'est pas rare qu'une véritable gastrite ou gastro-entérite succède aux premiers symptômes du choléra, mais si cette phlegmasie est le produit de l'excitation des médicamens et notamment de l'huile de cajeput qui paraît l'avoir déterminée quelquefois, elle cède facilement aux moyens ordinaires, tels que les sangsues, les délayans, etc. etc.

D'après les considérations théoriques et pratiques que nous venons d'exposer, il devenait utile de constater quelle espèce de médication l'huile de cajeput peut exercer, d'en observer les effets physiologiques primitifs ou secondaires, de déterminer exactement dans quelles circonstances et à quelle période du choléra elle peut être employée, où s'il faut la rejetter entièrement. Par là on assurait une conquête à la thérapeutique, ou on signalait un moyen dangereux que déjà s'empressait d'exploiter le charlatanisme. M. Sanson Alph. accepta avec empressement la mission d'aller étudier les diverses méthodes de traiter le choléra en Prusse et particulièrement de saisir toutes les occasions qui s'offriraient d'employer l'huile de cajeput, dans les circonstances indiquées par les documens qui nous étaient parvenus.

Selon cette instruction, aussitôt qu'un individu éprouve les premières atteintes du choléra, on doit lui administrer vingt-cinq gouttes d'huile de cajeput dans un verre de thé chaud de camomille, même dans un verre de vin chaud ; s'il vomit on n'hésite pas d'en donner une nouvelle dose; on pourra donner cette fois quarante gouttes; une demi-heure après on réitère la première potion. Rarement est-il nécessaire d'y avoir recours une quatrième fois : alors effectivement, si les symptômes ne sont pas

calmés, surviennent la réaction et les phénomènes inflammatoires, qui n'en permettraient plus l'emploi avec sécurité.

Huit malades ont été traités par cette méthode dans le moment où l'épidémie était à son summum d'intensité à Berlin; sur ces huit, deux étaient dans une situation entièrement désespérée, et moururent peu d'instans après avoir pris le médicament : il était par conséquent impossible d'en apprécier l'action. Des six autres jugés gravement affectés, deux moururent et quatre furent promptement guéris. Cette proportion des guérisons, si elle était constatée par un plus grand nombre de faits, serait très-remarquable, puisque dans ce même temps on perdait environ les trois quarts des malades. Ajoutons enfin que le traitement par le cajeput a été singulièrement entravé par des obstacles de tout genre qu'on n'a pas toujours pu vaincre; en sorte qu'au lieu de marcher franchement vers un but fixe on a souvent flotté d'une manière bizarre entre les méthodes les plus incohérentes.

Observations de choléra recueillies à Berlin au grand hôpital des Cholériques; par M. Sanson.

Administration de l'huile de cajeput. — Jean Moser âgé de 49 ans, tempérament bilieux et musculaire, habite une rue mal-saine, dans une chambre étroite, infecte, mal aérée, où il loge avec trois camarades. Il jouissait d'une bonne santé jusqu'au 19 septembre, et il n'y avait point eu de malades dans sa maison. Il se nourrissait mal, s'énivrait habituellement, et avait un travail très-fatigant.

Le 18 septembre, il avait bu beaucoup de bierre aigre et mangé de mauvais pain, ce qu'il fit encore le 19 au matin. A midi, du 19, malaises, douleurs de ventre, diarrhée. A quatre heures, rapports, hoquets, vomissemens de matières alimentaires altérées; inquiétudes,

crampes douloureuses dans les jambes, qui se succèdent avec rapidité; froid intense. On couche le malade qui est bientôt baigné d'une sueur froide. A six heures du soir, il entre à l'hôpital.

La physionomie exprime une profonde angoisse; l'altération des traits est extrême; yeux ternes, convulsifs, enfoncés dans l'orbite qu'entoure un cercle brun et profond. Dans les momens de repos, ils sont recouverts à demi par les paupières entr'ouvertes. La peau est pâle, celle du visage est livide, les lèvres ainsi que les pommettes se colorent d'un rouge violet. Les forces locomotrices sont conservées; le pouls petit, à peine perceptible, 84 pulsations : froid très-marqué au visage, aux mains, aux pieds : la peau des doigts est ridée, violette, comme chez les noyés; inquiétudes et crampes douloureuses qui fatiguent beaucoup le malade. Nulle douleur à la région épigastrique, même par la pression : urines supprimées entièrement, depuis le matin, sueur froide générale.

Le 20, (bain chaud à 30 degré Réaumur, avec addition des acides muriatique et nitrique ℥ vj; bains de vapeur; potion de rivière; sinapismes). Même état à 6 heures du soir. La maladie est des plus graves, mais non sans espoir. (Huile de cajeput, 20 gouttes dans du thé tiède). A sept heures, le froid semble moins intense, les sueurs froides moins abondantes, le pouls plus perceptible. Vomissemens fréquens; selles dans la matière desquelles flottent des flocons grisâtres. Nulle douleur épigastrique; d'ailleurs agitation, crampes douloureuses, frictions avec l'esprit d'angélique.

A onze heures, même état; 20 gouttes de cajeput en lavement, à cause des vomissemens. Dans la nuit, agitation extrême; nulle douleur épigastrique; selles blanchâtres; les vomissemens se calment un peu.

21 : le matin, à sept heures, chaleur plus sensible,

pouls plus marqué; la peau, sans être couverte de sueur n'est pas sèche; crampes moins fortes, moins fréquentes, moins douloureuses, et seulement de l'une des jambes; voix toujours faible, enrouée. Langue nettoyée sur les bords, d'un teint moins sombre que précédemment; enduit jaunâtre; moins de soif et d'angoisses; œil moins terne; physionomie meilleure. Bain chaud.

A neuf heures, le malade se refroidit de nouveau; pouls d'une faiblesse extrême; nouveaux vomissemens, etc., etc.; enfin, retour des accidens, mais sans douleur épigastrique; 20 gouttes d'huile de cajeput dans du thé.

A midi, le pouls est plus fort, la chaleur est revenue; nulle douleur à l'épigastre; pas de vomissemens; selles d'un blanc mêlé de brun et d'une légère teinte rouge avec quelques stries sanguinolentes : la langue est plus nétoyée, nullement sèche; continuation des crampes aux mollets et de la suppression des urines. Ici on cesse l'huile de cajeput, la réaction étant déterminée : peut-on croire qu'elle ait été trop vivement provoquée par ce médicament? On sait que les selles sanguinolentes surviennent également chez des sujets qui n'ont suivi aucun traitement.

L'inquiétude va toujours croissant dans la journée. Le soir, le pouls est peu sensible, mais la peau a conservé quelque chaleur, elle est légèrement humide. Les bras sont jettés de côté et d'autre hors du lit. Œil étonné, terne; le malade parle seul; sa voix prend de la force, il jette des cris, a une conversation très-animée; il veut se précipiter hors du lit, au point qu'on est obligé de le maintenir. Le pouls devient irrégulier, à peine sensible, le froid se répand partout le corps; on le place dans un bain tiède et on fait des affusions froides sur la tête. Survient un accablement profond, pouls filiforme; la face se refroidit davantage, l'œil est immobile, la respiration courte, sans râle. Mort.

Autopsie, 14 heures après la mort. — *Appareil nerveux* : substance de l'encéphale, très-consistante; particulièrement au mésocéphale et dans le rachis. Substance grise ayant une teinte légèrement rosée, surtout à la hauteur de la première vertèbre dorsale, où elle semble moins ferme que dans le reste.

La substance blanche découpée donne issue à une grande quantité de sang qui coule par une multitude de points : la pie-mère est très-injectée, l'arachnoïde offre une teinte opaline; elle est épaissie et adhérente jusqu'à l'origine de la moelle épinière. Il y a un peu de sérosité incolore entre l'arachnoïde et la pie-mère sous-jacente.

Les ganglions semi-lunaires et cardiaques sont rouges, une injection vive a lieu autour : ils sont très-consistans, et lorsqu'on les incise leur épaisseur présente une coupe violacée rougeâtre, laissant échapper des gouttelettes de sang.

Appareil de la locomotion. Les muscles sont durs, tendus, il s'en écoule peu de sang, si ce n'est des veines qui les entourent. Ce sang est liquide.

Appareil de la digestion. Le ventre étant ouvert, on remarque une teinte générale de violet, légère au duodénum, très-foncée à l'iléon. Cette couleur, surtout remarquable à l'intestin grêle, tient à l'injection des ramuscules capillaires, surtout de ceux qui se rendent à l'intestin. Ils l'enveloppent d'un réseau très-serré et très-fin; on aperçoit à travers toutes les tuniques, d'espace en espace, une teinte plus opaque, plus jaune, ayant une forme sémi-elliptique.

La membrane séreuse est sans épaississement; sa surface est légèrement visqueuse, elle ne contient point de sérosité; l'épiploon a sur plusieurs points une teinte violacée. Il en est de même du mésentère qui offre un cercle de ganglions chylifères un peu gonflés. La muqueuse in-

testinale est un peu épaissie, d'une teinte violacée mêlée de jaune et de gris. Elle offre à sa surface interne un pointillé très-fin, violet-pourpré, plus marqué encore sur le bord libre des valvules conniventes, dans le jéjunum et surtout dans tout l'iléon où il est très-inteuse. Ici la muqueuse présente à la convexité de l'intestin des plaques de forme semi-elliptique, faisant saillie, et formées de plusieurs rangs de granulations disposées longitudinalement : celles du centre sont les plus développées ; les autres vont en décroissant. La couleur de la plupart est d'un fond grisâtre, sur lequel on voit une teinte violacée qui paraît le résultat d'une injection de vaisseaux très-fins. Quelques plaques sont uniquement d'un gris blanchâtre. La saillie des granulations et des plaques est de plus en plus marquée vers la fin de l'intestin grêle et près de la valvule *iléo-cæcale*, mais dans le jéjunum elles sont tellement saillantes qu'elles font disparaître la saillie des valvules conniventes : ici plusieurs granulations présentent à leur centre un point noir qui ressemble à un orifice. On éprouve une légère résistance en incisant ces granulations ; alors elles paraissent mamelonnées.

On compte plus de quarante de ces plaques dans l'intestin. Les matières contenues dans son intérieur sont d'un jaune rougeâtre, semi-liquides, granulées. La couleur rouge se prononce davantage vers la fin de l'iléon.

Les matières contenues dans l'iléon sont d'un gris mêlé de jaune et de rougeâtre. Vers le grand cul-de-sac existait manifestement un épaississement avec léger ramollissement de la membrane qui était violette avec injection sous-muqueuse. Dans le reste on trouvait des marbrures et des vergetures violacées sur un fond blanc-grisâtre, avec gouflement de la muqueuse.

Dans le gros intestin les matières sont brunes, rougeâtres; la muqueuse présente une teinte violette très-pro-

noncée, surtout aux parties saillantes et dans la partie réfléchie du cœcum.

L'intestin colon est d'un blanc-gris, excepté vers l'hypochondre gauche où il présente une couleur violette.

Le foie, d'un volume médiocre, est d'un brun foncé; les veines regorgent d'un sang noir; la vésicule est distendue par une bile d'un vert foncé, presque noirâtre, visqueuse, épaisse. Le cœur n'offre rien de particulier ni l'appareil respiratoire.

Obs. II.e — Jean Keltsch, âgé de 38 ans, polisseur de meubles, d'un tempérament bilieux-sanguin, employé depuis le 6 septembre comme porteur de morts à l'hôpital, était occupé à les ensevelir et à les enterrer; cette dernière opération se fait constamment la nuit; il aidait aussi à porter les malades dans leur lit. Il couchait dans une écurie sur une paillasse, était nourri de pommes-de-terre, de pois, de la viande une fois par jour, et un petit verre d'eau-de-vie.

Le 19, diarrhée aqueuse sans coliques; tous les porteurs de morts se trouvent également pris de diarrhée. Le soir, il aida à porter au premier étage un de ses camarades tombé malade; il fut frappé du froid que lui faisait éprouver la main de son camarade, qu'il vit mourir au bout de quelques heures avec tous les symptômes les plus intenses du choléra: cependant Keltsch continua d'ensevelir les morts toute la nuit. A une heure, de retour du cimetière, il se couche sur sa paillasse, ne peut dormir; borborygmes fréquens et intenses, mal-aise extrême; bientôt vertiges, nausées, des vomissemens et des selles. Une première fois il va jusqu'aux fosses d'aisances, la seconde il tombe sans connaissance. Revenu à lui il ne se rappelle que d'avoir été saisi d'un froid violent. Les selles se succèdent et les défaillances: tremblemens, inquiétudes, contractions longues et douloureuses des

muscles abdominaux, ainsi que de ceux des extrémités inférieures où les muscles font des saillies dures, agitées de tremblement. Altération profonde des traits du visage où les muscles sont aussi violemment contractés; sueur froide sur le front et la peau; bientôt un cercle gris et profond se trace autour des yeux, le visage devient pâle, violacé; les lèvres et les pommettes prennent un rouge sombre, couleur lie-de-vin; les pieds et les mains sont froids, les ongles des doigts sont bleuâtres. Le froid est moins sensible au ventre, sueur visqueuse sur tout le corps. Angoisses vives et profondes sans que le malade puisse exprimer où il souffre plus particulièrment, si ce n'est les crampes et les douleurs de la partie postérieure de la tête qui semblent dominer cet ensemble de souffrances: la tête est renversée en arrière, l'œil est terne, nulle douleur par la pression abdominale; les muscles de cette région sont contractés, la langue est d'un rouge pourpré, couverte d'un enduit blanchâtre, pâteux, humide. Le pouls donne 100 pulsations; il est régulier, mou, petit. Tel est l'état du malade, le 20 au matin à 8 heures. (Bain acide, puis bain de vapeur, frictions continuelles sur les membres douloureux.) A neuf heures les symptômes étant à-peu-près les mêmes, on administre 25 gouttes d'huile de cajeput dans une demi-tasse de thé tiède. Sensation de chaleur à l'épigastre. A la première prise de ce médicament survient un peu de calme, un peu de chaleur à la peau, de la soif, un peu de sécheresse à la langue. Les crampes sont moins douloureuses, moins fréquentes. A onze heures, vomissemens de matières liquides avec flocons gris, filamenteux. A midi, 40 gouttes de cajeput comme ci-dessus; sensation de chaleur à l'épigastre plus marquée.

De midi à six heures, trois vomissemens de matières couleur de vert-de-gris; deux selles blanchâtres liquides

très-abondantes. Agitation, encore quelques sensations douloureuses dans les membres : le pouls est plus développé, mais encore facilement dépressible. La teinte livide du visage s'efface, devient moins sombre, plus animée, mais toujours vive expression de souffrance. Lors des vomissemens on joint au traitement l'usage de poudres effervescentes.

Nuit agitée, mais le pouls est relevé, peu dépressible, et donne 120 pulsations; la soif est vive; la chaleur de la peau, quoique plus marquée, n'est pas encore revenue à l'état normal. La teinte livide des extrémités s'est effacée. Il n'y a plus de crampes, les doigts se desserrent et s'étendent.

Le matin du 21, les urines commencent à couler; douleur assez vive à l'épigastre par la pression. (12 sangsues *loco dolenti.*)

11 heures du matin : le malade a un vomissement moins abondant; les matières des selles sont colorées en jaune, assez consistantes; froid encore sensible au visage; langue rouge, humide, recouverte à peine d'un léger enduit blanchâtre; expression de la face plus satisfaisante; plus de douleurs à l'épigastre. (Potion camphrée.)

Dans la journée, légères sueurs peu visqueuses, pouls de plus en plus relevé, selles peu abondantes, jaunes : plus de vomissemens; urines claires.

La soirée et la nuit sont calmes, la voix reprend de la force.

22 au matin : chaleur revenue à l'état normal, selles non bilieuses.

23, expression générale du retour à la santé, convalescence. Il reste un peu de faiblesse et de fatigue, l'appétit est encore médiocre. Après cinq jours d'observation le malade entre en libre pratique. Ainsi la durée de la maladie, depuis les premiers phénomènes précurseurs, a

été de quatre jours : depuis les phénomènes pathognomoniques, elle a été de trois jours, et deux jours de traitement. Le malade était encore dans les conditions demandées pour l'administration de l'huile de cajeput, c'est-à-dire, concentration profonde, froid, affaissement mortel, absence de signes inflammatoires et de réaction générale. Le médicament a déterminé promptement une perturbation dans les phénomènes pathologiques, la réaction a été modérée, et peut-être moins violente que celle qui aurait été déterminée par la marche naturelle de la maladie.

III.[e] *Obs.*—Jean Schwartz, âgé de 32 ans, manœuvre, d'un tempérament nerveux, lymphatique, habitait un quartier mal sain, une chambre étroite qu'il partageait avec plusieurs autres. Il n'avait eu aucune communication avec des malades. Le 12, un de ses camarades est atteint de l'épidémie. Du 13 au 19, Schwartz éprouve des symptômes précurseurs, abattement, soif, chaleur à la peau, nausées, etc. Le 19, il continue de travailler, boit de la mauvaise bière, se nourrit de pommes de terre. Dès ce moment, douleurs des côtes, borborygmes, diarrhée. Trois heures après, premier vomissement de matières alimentaires mal digérées, mêlées de fluides verdâtres; bientôt crampes dans les jambes qui deviennent continuelles; selles fréquentes, suppression d'urines. Le malade n'a pas eu froid, il porte même une ceinture. Le 20, quoique faible, il se rend à son travail; vertiges, angoisses précordiales, vomissemens, crampes violentes, plus longues et plus fréquentes que la veille. Il entre à l'hôpital des Cholériques.

Voici son état lors de son arrivée; face contractée, pâle, couleur jaune livide, surtout autour des yeux où règne un cercle livide, ainsi qu'aux lèvres, aux oreilles, au nez. Expression de souffrance et d'abattement; la tête est renversée en arrière et de côté; les doigts sont teints.

d'un bleu-violet, surtout aux ongles ; ils sont ridés en long et rétractés : froid considérable, sensible au toucher, aux extrémités et au visage. Sueur froide, pouls fréquent, peu développé ; langue froide, couverte d'un enduit blanchâtre ; épigastre douloureux à la pression, pupille resserrée. (Bain de 30 deg. Réaumur, avec acide nitrique et muriatique, ãã ℥ iij ; bain de vapeur ; infusion aromatique ; potion de Rivière.)

A quatre heures du soir, vomissemens violens, angoisse inexprimable, froid général. (Mixture camphrée.)

A six heures, la potion a été vomie : sourcils froncés, voix enrouée, sourde ; agitation, plaintes, parole difficile, céphalalgie, soif ardente, vive sensibilité à l'épigastre qui cause le vomissement à la plus légère pression, dyspnée. Continuation des autres symptômes. (Infusion de café ℈ j ; 20 gouttes de cajeput.) Cette première prise est vomie promptement.

A onze heures, les phénomènes étant les mêmes, nouvelle dose de cajeput. Les vomissemens cessent. Plus tard le malade a dit que cette prise de cajeput avait produit en lui une sensation de brûlure.

Cependant survint un sommeil léger et par momens fort courts.

21, à sept heures, la chaleur est rétablie légèrement ; pouls plus développé, 90 pulsations. Physionomie moins altérée, œil moins cave ; la paupière, au lieu de tomber sur l'œil, se relève. La langue se nettoie sur les bords, est d'un rouge plus vif, moins violet ; enduit blanchâtre au centre. Plus de vomissemens, une selle verdâtre, floconneuse : la douleur épigastrique est toujours très-vive, même sans pression. Respiration toujours difficile, suspirieuse. (12 sangsues à l'épigastre, eau sucrée tiède.)

Midi, nouveaux vomissemens de matières verdâtres, bilieuses, avec des flocons grisâtres ; selles jaunes, ver-

dâtres, puriformes; la langue est nettoyée; les pieds et le front sont chauds, les mains froides et peu livides: pouls, 120 pulsations. (*Saturatio salina.*)

De midi à sept heures, vomissemens porracés précédés de nausées et de douleurs épigastriques aiguës : les sangsues ont beaucoup saigné : pouls développé, mais dépressible; 104 pulsations. On a appliqué par méprise des fomentations froides sur la tête.

Sept heures, la tête est froide, langue froide, blanche au centre; légère chaleur générale.

Dix heures du soir, respiration courte, poitrine médiocrement sonore, bruit respiratoire peu distinct. (Saignée de douze onces.)

Nuit. Soulagement, nausées sans vomissemens; épigastre toujours sensible à la pression; sommeil léger, court, interrompu.

22, sept heures du matin : hoquets fréquens, langue nette sur les bords, chargée à la base; peau chaude, urine peu abondante; épigastre toujours douloureux, pouls dépressible. (12 sangsues, *saturatio salina*, café, poudres effervescentes.)

Midi. Retour des vomissemens d'un vert grisâtre, selles jaunes, langue un peu rouge, pouls fréquent, plus résistant; diminution de la douleur épigastrique, peau moite. Hoquets, soupirs. (Poudre effervescente.)

Huit heures du soir : nausées, hoquets, plus de vomissemens; pouls, 96 pulsations; langue blanche et humide, soif, agitation, peau fraîche. (Poudres effervescentes.)

Nuit. Sommeil court, mais calme, deux selles jaunes-verdâtres, langue nette; pouls, 80 pulsations; chaleur peu élevée, douleur épigastrique moindre : urines nulles. (Poudres effervescentes, café.)

23 : journée bonne, le malade a pris du café; pas de vomissemens; selles légèrement rougeâtres, retour de la voix.

24, mieux décidé, selles jaunes.

25, selles bilieuses, appétit. (Café.)

26, soir, douleur épigastrique, pas de selles.

27, matin (sangsues), suivies de soulagement. Pas de selles. Soir, lavemens de camomille et de graine de lin, avec sulfate de soude, une once, ce qui procure des évacuations.

28, bien-être. — 29, digestions encore difficiles et longues. — 30, encore un peu de faiblesse. Alimens ordinaires.

IVe *Obs.* — *Steinhard.* 58 ans, ancien soldat, d'une taille élevée, renfermé depuis 16 mois dans une maison de détention où sont plusieurs malades du choléra, est habitué à l'eau-de-vie et tourmenté par la diarrhée; il est pris le 17 septembre dans l'après midi, d'envies de vomir; il perd connaissance et rejette les alimens qu'il a pris, c'est-à-dire des saucissons et des choux. Les vomissemens qui suivent sont de matières vertes : inquiétudes, tiraillemens, crampes douloureuses, froid général, surtout des extrémités. Le 18 vomissemens, selles abondantes; 19, entrée à l'hopital, à deux heures.

Etat du malade. — Froid des extrémités et du visage; sueur froide : yeux enfoncés, cernés, ternes, couleur bleuâtre des doigts des mains et surtout des ongles, peau des doigts ridée, langue froide, d'un pourpre foncé aux bords, recouverte d'un enduit jaunâtre léger au centre, affaissement, soufle froid, couleur livide du visage, voix enrouée, intelligence lente mais nette, mouvemens lents mais faciles : cependant crampes dans les jambes, soif vive, pouls faible. (Bain acide : fomentations, frictions avec l'essence d'angélique, 15 gouttes d'huile de cajeput dans un demi-verre de thé chaud.) Une heure après, langue plus sèche, la chaleur s'est manifestée aux extrémités et au visage, quelques selles d'un blanc lactescent mêlé d'une teinte jaune : peau humide, teinte bleuâtre des mains moins marquée.

Dans la nuit 24 gouttes d'huile de cajeput : repos, pas d'évacuations.

20. Matin : pouls médiocrement développé, chaleur égale et un peu humide, nulle douleur : soif. (thé.)

Dans la nuit, agitation.

21. Huit heures du matin : nulle douleur à l'épigastre ni dans les jambes, pouls plus fréquent, 84 pulsations, chaleur revenue aux mains et au corps, mais pas encore au nez ni aux pieds. Évacuations nulles ; langue blanchâtre, froide, soif, face un peu grippée; tendance à la somnolence. (Bain tiède.)

Dans le jour, hébétude, respiration profonde, yeux ternes, abattus, étonnés.

Soir, 7 heures, même état, somnolence profonde, langue sèche resserrée, d'un blanc jaunâtre : le malade n'accuse aucune douleur, la peau est peu chaude, visqueuse, selles brunâtres peu abondantes, urines nulles ; (10 sangsues au front, application d'eau fraiche : menthe : calomélas gr. ij. de deux en deux heures ;) la nuit, somnolence moins profonde, langue moins sèche, trois à quatre selles verdâtres pultacées.

22, matin : respiration toujours profonde et lente, physionomie un peu plus active, fraîcheur générale, excepté au front, langue humide, blanchâtre : (12 sangsues derrière les oreilles, fomentations froides, calomélas, café.)

11 heures, pas de vomissemens, selles pultacées, jaune-verdâtres, langue sèche, rouge, lisse, sommeil soporeux et continuel, yeux ternes, pupilles contractées, paupières rouges aux bords (continuation du calomélas :) deux selles dans la journée. La tête est toujours chaude : épigastre un peu sensible à la pression, langue sèche et rouge : pouls 72 pulsations : thé de menthe.

23 : même état, affaiblissement du pouls; on reconnait

une gastro-entérite : (12 sangsues à l'ombilic où le malade accuse de la douleur ; bains tièdes, eau de gomme.) Le soir, langue plus humectée ; deux selles un peu colorées en jaune verdâtre, dans la nuit accablement, sommeil et respiration comme ci-dessus.

24, matin, langue sèche, pouls petit, à peine sensible, très-embarrassé, sommeil stertoreux, selles verdâtres, peau froide. (Vésicatoire à l'épigastre, mort le 25 au matin.

Autopsie 34 heures après la mort. — Appareil digestif; estomac : — muqueuse d'un fond jaune, mêlé de violet et de rouge, pointillé très-fin et injection des vaisseaux sous-muqueux. Cette membrane épaissie a moins de consistance, et s'enlève avec l'ongle ; çà et là, taches violettes et comme par imbibition du sang, matières contenues d'un brun mêlé de jaune très-liquide.

La teinte de la muqueuse est très-violacée dans l'intestin grêle ; elle se compose de points violets nombreux et saillans, surtout près des valvules. Cette membrane ne peut se détacher et n'est ramollie en aucun endroit. Du jéjunum à l'iléon, on voit à la portion qui est à la convexité de l'intestin, des plaques au nombre de vingt au moins, d'un gris bleuâtre, plus ou moins étendues, d'une à trois lignes de large, peu saillantes, et qui sont recouvertes par la lame la plus superficielle de la muqueuse : celle-ci enlevée, les plaques paraissent mamelonnées ; entre ces mamelons on voit un lacis vasculaire très-fin : chacun d'eux a un quart de ligne environ de diamètre et au centre on voit un point noir ou orifice. A ces plaques aboutissent de chaque côté les dernières ramifications des vaisseaux intestinaux.

Les ganglions lymphatiques correspondans sont tuméfiés, la couleur générale de l'intestin est d'un gris violacé ; tous les vaisseaux sont remplis de sang, surtout le réseau

sous-muqueux ; le péritoine est couvert d'une humidité plastique visqueuse. Il existe dans les intestins grêles des matières jaunes, verdâtres, demi-liquides, dans l'iléon elles sont plus liquides et d'un jaune blanchâtre avec des flocons filamenteux teints de bile, peu ou point de changement à la muqueuse des gros intestins qui contiennent peu de matières jaune-brunes.

Foie. — Teinte violette brune. Les veines sont remplies d'un sang noir liquide, vaisseaux biliaires colorés en jaune vif, vésicule énormément distendue par une grande quantité de fluide trouble, vert d'eau, ayant laissé sur les parois un sédiment de flocons filamenteux ; les parois sont blanches et injectées d'espace en espace : la rate est violette : les reins ne présentent aucune trace d'urines dans les bassinets. La vessie est énormément distendue et monte jusqu'à l'ombilic.

Poumons affaissés, mous, peu crépitans ; leurs vaisseaux contiennent du sang noir liquide.

Cœur assez mou, contenant à droite du sang noir liquide ; la membrane interne des vaisseaux est parfaitement blanche.

Appareil nerveux. — Veines du rachis et de la tête remplies de sang noir liquide ; substance nerveuse ferme, résistante, laisse écouler peu de sang par la section. Arachnoïde légerement opaline, adhérences des corps de Pacchioni très-étendues, pie-mère incolore, infiltrée d'une petite quantité de sérosité.

V.e *Obs.* — Beckmann Louise, marchande, âgée de 22 ans, d'un tempérament sanguin, habituellement oppressée, était depuis quelques jours en proie à un grand malaise, a des lassitudes, des tournoiemens de tête et embarras du ventre. Elle est prise de froid le 18 septembre ; les règles se suppriment, et bientôt se manifestent tous les symptômes du choléra, rapportés dans les obser-

vations précédentes, mais avec une légère complication de fréquence de la respiration; de plus, la malade, au-lieu d'avoir la tête renversée en arrière comme dans ces observations, symptôme qui n'a pas été noté, la malade éprouve un fort serrement à la nuque. Une seule dose de quinze gouttes d'huile de cajeput est donnée le 19 au soir, pendant les premiers accidens de froid, de collapsus, de concentration des forces vitales. Elle ne fait point éprouver de douleur, mais de la chaleur à l'épigastre. La chaleur générale se développe, le pouls se relève; il n'y a plus d'évacuations alvines, les urines coulent. Les accidens graves propres au choléra sont dès-lors peu graves, mais il survient le 21 une hépatite qui exige une saignée de huit onces. La malade est rétablie entièrement le 24. On a employé, après l'huile de cajeput, le thé et les poudres effervescentes.

VI.ᵉ *Obs.* — Caroline, âgée de 15 ans, blonde, servante dans une maison ou elle est bien traitée, bien nourrie, est prise, le 18 septembre, de crampes douloureuses, de vomissemens et de déjections alvines. Le 19, elle entre le matin à l'hôpital; elle éprouve alors tous les phénomènes graves du choléra, savoir : voix éteinte, yeux caves, peau d'un blanc grisâtre, doigts ridés, ongles bleus, lividité des mains et des pieds; soufle froid. Les extrémités, le visage, la langue sont froides; sueur froide visqueuse, urines supprimées, pouls imperceptible, 90 à 100 pulsations, nulle douleur à l'épigastre, langue couverte d'enduit jaunâtre au centre, et nettoyée, pâle aux bords; crampes violentes; frictions avec l'huile essentielle d'angélique sur les jambes, bain tiède acide, potion avec camphre un gros, succinate d'ammoniaque empyreumatique deux gros, eau sucrée trois onces.

Huit heures du soir : nulle amélioration; 20 gouttes d'huile de cajeput. Quelques heures après, mieux sensi-

ble, retour de la chaleur au visage, pouls encore dépressible; les bras, laissés hors du lit, sont froids, mais les extrémités inférieures sont chaudes; pas de vomissemens, de selles, ni d'urines.

Le 20 au matin, langue légèrement rouge et nettoyée, extrémités chaudes, pouls fréquent, dépressible; légère douleur épigastrique à la pression. On ne continue pas le cajeput qui est remplacé par la potion camphrée, le thé, les frictions avec l'huile essentielle d'angélique; l'amélioration est lente, et la malade se rétablit après cinq jours de traitement qui n'offrit rien de particulier. Si on a craint de déterminer une gastrite réelle, en donnant une seconde dose de l'huile de cajeput, qui peut-être n'était plus utile, pourquoi avoir continué d'employer une potion non moins excitante, au-lieu de s'en tenir, comme dans les faits précédens, aux simples infusions chaudes? Ces deux dernières observations sont donc incomplètes; mais elles montrent toujours l'effet du médicament pour procurer le retour des actions vitales, et opérer une grande modification dans l'économie, qu'on n'avait pas pu obtenir par d'autres moyens.

Il est à remarquer que cinq au moins de ces malades et peut-être tous six, avaient depuis quelques jours des dérangemens plus ou moins considérables dans leur santé habituelle, qui pouvaient faire craindre qu'ils ne fussent facilement atteints de l'épidémie régnante; il eût donc été facile de leur administrer, dès les premiers symptômes d'invasion et avant toute réaction, le cajeput: au-lieu de cela, il s'est toujours écoulé 24, 48 et même 60 heures, avant qu'on pût en faire usage, et souvent après l'emploi d'autres moyens énergiques. Par suite des mêmes empêchemens, et faute de confiance, on n'a dû le donner souvent que d'une manière timide, cesser dès la première dose, et n'y revenir qu'à des intervalles trop éloignés, et

quand il y avait récrudescence des symptômes. L'effet du médicament a été constamment de développer la chaleur éteinte, de relever le pouls, diminuer les crampes et les vomissemens, en un mot de diminuer momentanément la gravité des accidens : quelquefois il a produit une sensation de chaleur brûlante à l'estomac, mais jamais il n'a causé de douleur épigastrique, lors de son administration, ni accru celle qui existait non plus que les vomissemens. Son effet local et instantané n'a donc point été nuisible, il parait au contraire avoir été avantageux.

Dans le malade de la II.ᵉ observation, il y eut le même calme produit par la première dose, mais la chaleur qui fut ressentie à l'épigastre empêcha d'administrer la seconde dose à un intervalle assez rapproché; on ne s'y détermina qu'à midi, au bout de trois heures, quand les vomissemens avaient reparu. Cette fois, on en donna 40 gouttes qui procurèrent une chaleur plus marquée; il y eut encore quelques vomissemens, mais tous les autres accidens spéciaux du choléra se dissipèrent. Une douleur vive à la pression de l'épigastre, la force et l'accélération du pouls, déterminèrent le lendemain l'application de 12 sangsues à l'épigastre qui firent disparaître ces symptômes de gastrite légère, et le malade entra en pleine convalescence au troisième jour de l'invasion du choléra, et après deux jours de traitement. Le succès a été complet, le cas était jugé très-grave, et par l'intensité des symptômes, et par les antécédens du malade; mais le moment était favorable, et les circonstances telles qu'on les demande pour l'administration de l'huile de cajeput. En admettant que celle-ci ait déterminé la légère gastrite qui a eu lieu, et dont on a si facilement triomphé, il en résultera seulement que le praticien doit manier ce médicament avec prudence et discernement comme tous les moyens énergiques, c'est-à dire qu'il doit être bon médecin.

Chez le malade de la troisième observation, les circonstances étaient très défavorables, les symptômes précurseurs de la maladie dataient depuis six à huit jours : les accidens, extrêmement graves, n'avaient point cédé aux infusions aromatiques, aux potions camphrées ni à la potion de Rivière; il y avait une vive douleur à l'épigastre, à la moindre pression, qui déterminait des vomissemens; soif ardente. Une première dose de cajeput (20 gouttes, dans une infusion chaude) est administrée; malgré ces signes évidens de gastrite, elle est promptement vomie; une seconde la remplace quelques heures après, et les vomissemens cessent; les symptômes s'amendent, le sommeil survient, etc. Cependant, les symptômes de gastrite continuant, et le pouls étant élevé, on applique à l'épigastre 12 sangsues qui saignent beaucoup et diminuent les accidens.

Des affusions froides faites par mégarde sur la tête déterminent un réfroidissement considérable de cette partie et de l'embarras dans les poumons; une saignée de 12 onces produit du soulagement, mais pendant plusieurs jours subsistent les symptômes de gastrite qui ont dû être combattus par plusieurs applications de sangsues. Ne pourrait-on pas accuser de cette persistance, l'infusion de café et les poudres effervescentes données chaque jour en abondance, et cependant malgré toutes ces complications, malgré l'existence probable d'une gastrite quand on a donné l'huile de cajeput, le traitement n'a duré que 10 jours, et la gastrite ne s'est pas accrue d'une manière alarmante, et ne pouvait être mise en parallèle avec les accidens si graves du choléra.

Le sujet de la IV.e observation, renfermé depuis 16 mois dans une maison de détention, était dans les circonstances les plus défavorables, les accidens de collapsus, de froid, de concentration des forces vitales étaient des plus in-

tenses, et cependant ils diminuent et disparaissent sous l'influence de l'huile de cajeput; la chaleur se ranime, le pouls se relève, les évacuations cessent, il n'y a aucune douleur épigastrique. Mais les mêmes obstacles se rencontrent encore ici. Le cajeput est administré d'une manière timide, et on cesse dès la seconde dose, quoiqu'à peine les phénomènes cholériques soient calmés et qu'il reste encore un peu de froid au nez. Des symptômes typhoïdes et cérébraux viennent compliquer la maladie; de ce moment on revient au calomélas et aux sangsues aux tempes. Le lendemain la langue se sèche, les symptômes d'une gastrite aiguë se manifestent; mais ils ne peuvent pas être attribués au cajeput qu'on a cessé depuis trois jours pour revenir au calomelas; celui-ci est continué à la dose de deux grains toutes les deux heures. L'ouverture du corps a présenté toutes les lésions organiques qu'on trouve après les typhus et les fièvres graves.

Observations de M. Strebel, *médecin à Amalienhof.*

I.re *Obs.* — M. Bochow, actuellement maire d'Amalienhof, âgé de 50 ans, tempérament sanguin, cultivateur aisé, se sentit vivement indisposé le 14 septembre : il avait eu précédemment quelques malaises. Le choléra régnait depuis trois semaines dans le village, où il faisait de grands ravages, et M. Bochow avait eu soin d'éviter toute communication avec les malades. Son indisposition commença par du frisson, de l'engourdissement aux mains, des tiraillemens dans les membres supérieurs et inférieurs; bientôt borborygmes, envies de vomir; les mains et les pieds deviennent froids; envies d'uriner que le malade ne pouvait satisfaire; alors vomissemens de matières blanchâtres, selles répétées de matières semblables à du lait tourné; anxiété extrême. Cet état durait depuis trois ou quatre heures, quand M. Strebel arriva :

alors le pouls était très-petit, mais encore sensible. Ce médecin fit prendre au malade un vomitif qui procura des évacuations par la bouche. Deux heures après il donna 40 gouttes d'huile de cajeput.

Le malade a dit depuis, qu'à ce moment il sentit à l'estomac une chaleur qui n'avait rien de désagréable, et qui fut suivie d'une sensation générale de rechauffement et d'action qui parcourut tout le corps : c'est particulièrement à la tête qu'il éprouva un mouvement de légèreté et d'expansion qui semblait l'enlever.

Le calme survint immédiatement, le pouls reprit de la force, la peau se couvrit de sueurs chaudes, les membres se réchauffèrent, la diarrhée cessa.

2.e jour, les urines ne coulaient pas encore, la chaleur n'était pas encore parfaitement rétablie, la sueur avait diminué, la peau était à peine humide, la langue, quoique chargée, était humectée. (40 gouttes d'huile de cajeput.) Alors la chaleur et la sueur s'établirent rapidement, les selles furent colorées en jaune léger, les vomissemens et les crampes cessèrent, la soif s'établit.

3.e jour, le malade ne paraissant pas encore parfaitement rétabli, on donna de nouveau 40 gouttes d'huile de cajeput. Elle provoqua la diaphorèse et l'écoulement des urines; les selles reprirent la consistance et la couleur ordinaire. Le malade entra en convalescence complète.

II.e *Obs.* — M.me Buchow, âgée de 48 ans, fut atteinte le même jour que son mari : elle était tourmentée depuis une quinzaine de jours de tiraillemens dans les jambes et d'un mal-aise général accompagné de diarrhée. Les extrémités se refroidirent, le pouls s'affaiblit, les yeux s'entourèrent d'un cercle bleu-noirâtre. Selles multipliées et abondantes de matières lactées, sans douleurs et sans efforts; soif vive (vomitif), et deux heures après, huile de cajeput, 30 gouttes. La malade se sentit réchauffée,

mais les sueurs ne parurent point ; les urines coulèrent et elle fut plus calme.

2.ᵉ jour, la chaleur n'étant pas encore complète ni les selles naturelles, on donna 30 gouttes de cajeput. La chaleur se développa bientôt, le pouls se releva, devint fréquent, la face se colora, nulle douleur ne fut ressentie à l'épigastre, la langue devint sèche et un peu rouge. (Thé léger.) Continuation d'une amélioration toujours croissante. Rétablissement parfait au 8.ᵉ jour.

III.ᵉ *Obs.* — Jean Christophe, âgé de 31 ans, tempérament lymphatique-sanguin, musculeux, est pris de froid le 5 septembre, en allant chercher du foin dans la plaine qui est inondée : il n'avait communiqué avec aucun malade. Le soir, après son souper, diarrhée limpide, borborygmes. Surviennent des étourdissemens, des nausées et un vomissement qui diminua le vertige. La nuit, refroidissement, tiraillemens et crampes dans les jambes, soif vive : les matières des vomissemens et des selles sont blanches, floconneuses et filamenteuses.

Le matin à onze heures, M. Streber observe ce qui suit : physionomie cholérique, yeux cernés, traits contractés, froid de la face, de la langue et des extrémités ; teinte bleue sur le front, autour des yeux, aux doigts et aux articulations : pouls insensible, crampes violentes et occasionnant des cris plaintifs ; urines supprimées. On essaye de saigner le malade ; mais la veine, largement ouverte et remplie de sang coagulé, en laisse à peine couler quelques gouttes. Vomitif qui procure des vomitifs blanchâtres. Frictions avec l'eau-de-vie camphrée. Le pouls n'éprouve aucun changement. Une heure et demie après, 40 gouttes d'huile de cajeput. Son ingestion est suivie immédiatement de la sensation d'une chaleur vive à l'estomac, poussée, dit le malade, jusqu'à faire craindre la suffocation. Bientôt après, soulagement marqué, cessation des vomissemens et des selles.

Au bout d'une heure le pouls n'est pas encore rétabli, la chaleur n'est pas encore complète, la teinte bleue n'est pas encore dissipée. (40 gouttes de cajeput.) Dès-lors les sueurs se manifestent et tous les accidens disparaissent.

Le lendemain, il reste de l'abattement, la chaleur n'est pas encore parfaitement naturelle. (Administration de 40 gouttes de cajeput.) Alors les urines coulent de nouveau, une selle jaune est rendue, la circulation capillaire est rétablie. Cette amélioration continue, et le malade est parfaitement remis au bout de quatre jours; il lui restait seulement une grande faiblesse musculaire. Il avait repris son alimentation accoutumée, quand, au 14.e jour, s'étant exposé au froid, il fut atteint de rhumatisme aigu au bras.

IV.e *Obs.* — La femme Héberlaud est prise de diarrhée vers le commencement de septembre. Cet état dure quelques jours, puis surviennent des tiraillemens douloureux, des vertiges, des vomissemens; selles aqueuses et multipliées; refroidissement des membres. (30 gouttes de cajeput.) Sensation de chaleur vive à l'estomac, développement de la chaleur aux extrémités, pas de sueurs. Soulagement, plus de crampes, plus de vertiges; continuation de la diarrhée.

Le lendemain, 30 gouttes d'huile de cajeput. Cessation de la diarrhée; rétablissement complet au troisième jour: il n'y a pas eu de diaphorèse marquée.

V.e *Obs.* — Wurll, Martin, âgé de 39 ans, travaillant aux champs, n'avait approché aucun malade, mais il se pourrait que des membres de sa famille eussent visité des malades atteints de choléra, qui étaient en grand nombre dans le voisinage.

Il était tourmenté depuis quelque temps par la diarrhée, lorsqu'il fut pris tout à-coup, le 4 septembre, de vertiges, et tomba sans connaissance.

Revenu à lui il éprouva des crampes douloureuses dans les jambes ; les extrémités, la face se refroidirent et se couvrirent d'une sueur froide visqueuse. M. Strebel, arrivé une demi-heure après, le début des accidens, donna un vomitif, et une demi-heure après 40 gouttes de cajeput. Des sueurs abondantes se déclarent immédiatement, les accidens cessent peu-à-peu. Le malade ne prit que cette dose, et fut rétabli au bout de deux jours.

VI.e *Obs.* — Emerline Nicolaï, âgée de 9 ans, habitait avec ses parens, dans la maison la plus mal située d'Amalienhof, construite au-dessous des marais, entourée d'eau pendant toute cette saison, et dont un habitant était déjà mort du choléra.

Cette petite fille, très-chétive, avait une fièvre quarte depuis quatorze jours; elle sortait du frisson d'un accès le 1.er octobre, et entrait dans le stade de chaleur, lorsqu'elle fut prise d'un refroidissement subit et de sueurs froides. Dès-lors, manifestation des symptômes cholériques. Les extrémités, la face sont glacées, borborygmes violens, diarrhée, puis vomissemens. Les matières des selles sont claires, celles des vomissemens sont d'un gris-brun, ni jaunes, ni vertes; les urines sont supprimées; il n'y a ni crampes ni selles douloureuses. Les yeux sont profondément cernés d'un cercle bleu; les ongles des mains et des pieds sont empreints de la même couleur : le pouls n'est pas perceptible. (Huile de cajeput, dix gouttes, données immédiatement.) Le lendemain, l'amélioration n'étant qu'imparfaite, dix autres gouttes sont administrées. Guérison parfaite le 3 octobre.

Ainsi qu'on l'a vu par les observations précédentes, qu'il est inutile de multiplier, M. Strebel fait presque constamment précéder d'un vomitif l'administration de l'huile de cajeput. Ce n'est que dans les cas très-urgens qu'il emploie celle-ci seule. Ce praticien ayant pris la di-

rection du traitement des cholériques d'Amalienhof, le 1.er septembre, a traité 53 malades : il en a perdu 13. Sur ces 53 malades, 28 ont été traités par l'huile de cajeput, précédée de vomitifs, et 26 ont guéri. Des 25 autres traités par les vomitifs et le thé de camomille, 14 ont guéri et 11 ont succombé. Le plus grand nombre des 13 cholériques qu'a perdus M. Strebel, n'avait été vu par lui qu'à une époque trop avancée de la maladie, et quand déjà il n'y avait plus d'espoir. On pourrait sans doute croire que M. Strebel, prévenu en faveur de l'huile de cajeput, a évité de l'administrer chez aucun des onze malades désespérés ou agonisans qu'il a été appelé à traiter trop tard : mais en supposant qu'il les eût traités tous les onze par ce moyen et sans succès, on voit que sur 39 malades pris dans la situation le plus désespérée, on aurait encore réussi vingt-six fois, c'est-à-dire les deux tiers. C'est effectivement ce qui a eu lieu à Berlin, où l'on ne confiait à ce traitement que les malades le plus gravement affectés.

Faits recueillis par M. Bremer, *à Derschau près Dantzick.*

VII.e *Obs.*—La femme du juif Huldstein, de Derschau, tomba gravement malade le 3 septembre ; son mari avait eu le choléra quatre jours auparavant : la misère la plus profonde régnait dans cette maison.

État de la malade lors de la visite de M. Bremer. — Vomissemens et selles de matières décolorées, crampes très-douloureuses, soif ardente ; face exprimant la plus vive anxiété; le trouble de la circulation est extrême, le pouls insensible. Teinte bleue-noire des mains jusqu'aux poignets ; même couleur des pieds, de la base de l'orbite. La chaleur est éteinte. M. Bremer donne 30 gouttes de la composition suivante :

℞	Huile de cajeput.	ãã parties égales.
	Teinture de valériane éthérée. .	
	Esprit de corne de cerf succiné.	

Immédiatement après, calme. Au bout d'une demi-heure on donne 15 gouttes de la potion; puis après une heure 20 autres gouttes : retour de la chaleur. Après un intervalle d'une heure et demie, 10 autres gouttes : diaphorèse, diminution des crampes. Après trois heures on donne encore 15 gouttes. Sueurs abondantes; le soir, cessation des vomissemens. Le pouls s'est développé.

Le lendemain le mieux se soutient. On continue l'administration de la potion de trois heures en trois heures. (Thé de camomille.)

3.e jour, retour des urines. Guérison complète le 4.e jour.

VIII.e *Obs.* — Un vieillard âgé de 70 ans, en proie depuis onze heures aux atteintes violentes du choléra, sans pouls perceptible, froid, selles et vomissemens répétés, etc., etc., fut soumis au même traitement que la malade ci-dessus, et guérit rapidement, avec les mêmes circonstances.

IX.e *Obs.* —Une fille de 22 ans, atteinte depuis quelques jours de diarrhée, de vomissemens, est prise de vertiges et des symptômes les plus violens, mais le pouls est resté perceptible, et il n'y a pas de cyanose : elle a guéri en peu de jours, soumise au même traitement par la potion indiquée plus haut.

Cette pratique a réussi assez constamment à M. Bremer, pour le persuader de son efficacité : ce médecin était à Dantzick, chargé par le gouvernement prussien d'un traitement de cholériques.

Il résulte des observations recueillies par M. Alphonse Sanson, au grand hôpital des Cholériques de Berlin, pour répondre au travail qui lui avait été demandé, ainsi que de celles fournies par la pratique de MM. Strebel et Bremer, chargés d'un traitement de cholériques à Amalienhof et à Dantzick, que, sur 43 malades traités par l'huile de cajeput, 39 ont guéri et 4 seulement sont morts.

Mais en supposant que M. Strebel ait traité de la même manière les 11 malades qui étaient déjà agonisans quand il les vit, et sur lesquels il est probable qu'il ne voulut point compromettre un médicament nouveau, en supposant aussi qu'il eût perdu ces 11 malades s'il les eût traités par le cajeput, cela porterait le nombre des cures à 54 et les morts à 15. Resterait 39 guérisons qui formeraient plus des deux tiers des malades pris dans la situation la plus désespérée : cette proportion des succès mérite donc de fixer l'attention des praticiens sur ce moyen de thérapeutique.

Si l'on cherche à se former une idée de son mode d'action sur l'économie, constaté par les faits rapportés plus haut, on voit que l'huile de cajeput est douée de propriétés excitantes, énergiques ; qu'elle stimule instantanément les fonctions de la circulation, de l'innervation et de la calorification : en effet, elle a toujours excité la chaleur et la diaphorèse, relevé le pouls, dissipé la cyanose en ranimant la circulation, enfin provoqué les sécrétions urinaires suspendues. Elle paraîtrait donc convenir dans la première période du choléra, quand elle est caractérisée par la prostration, le froid, le prolapsus, la concentration des forces vitales : alors elle concourt puissamment à déterminer le retour des actions de la vie. Mais donnée à trop fortes doses ou d'une manière intempestive, elle peut causer une trop vive irritation et même une gastrite, une gastro-entérite; c'est donc au médecin instruit, au praticien expérimenté, qu'il convient de juger les cas et les périodes de la maladie où elle peut être administrée, ceux où il faut faire précéder la saignée chez les jeunes gens et les sujets forts et pléthoriques, et ceux où il faut l'associer aux vomitifs ou aux moyens externes. N'est-il pas évident que, comme stimulant diffusible, elle sera parfaitement associée aux bains chauds et

surtout aux bains de vapeur dont elle devra favoriser l'action diaphorétique. Pour en obtenir toute l'utilité possible, on doit sans doute la donner sans témérité, mais aussi avec une certaine hardiesse et à des doses rapprochées dans les premiers temps, sans hésiter d'y revenir quand les symptômes se reproduisent. On a vu dans quelques-unes des observations rapportées plus haut, que même lorsqu'il existe des symptômes marqués de gastrite, on peut encore l'employer sans danger, puisqu'elle ne paraît pas avoir sensiblement augmenté l'inflammation, et que celle-ci a toujours été combattue facilement ensuite par les saignées locales ou les délayans.

Il sera certainement toujours plus facile d'employer contre le choléra, une médication excitante externe : elle a réussi souvent, et surtout elle est plus à la portée des ressources ordinaires de ceux qui craignent une certaine responsabilité. La méthode interne, au contraire, quel que soit le médicament qu'on emploie, demande la surveillance de tous les instans et une grande sagacité de la part du médecin pour bien apprécier ses effets et diriger sûrement son action; mais ce n'est que par elle que l'on peut espérer quelques succès dans les cas les plus graves, la méthode externe est trop évidemment inférieure au danger.

Dans ce travail, reposant en entier sur des faits, nous avons voulu donner aux médecins les moyens d'apprécier autrement que par des théories toujours suspectes, l'action d'un médicament énergique, peut-être trop vanté, mais aussi repoussé par trop de prévention; c'est maintenant à l'expérience raisonnée des praticiens à confirmer ces faits et à fixer la juste valeur de l'huile de cajeput donnée dans le choléra, ainsi que le rang qu'elle doit occuper dans les ouvrages de thérapeutique.

CHANTOURELLE.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

A treatise on the venereal diseases of the eye; c'est-à-dire *Traité des maladies vénériennes des yeux; par* Guill. Lawrence, *chirurgien de l'infirmerie ophthalmique de Londres, etc., etc. Londres,* 1830. *In* 8.° *de* 337 *pages.* (II.e extrait.)

Maladies syphilitiques des yeux. — Dans cette seconde section, l'auteur traite de l'iritis et de l'ulcération syphilitiques des paupières. La syphilis est peut-être, de toutes les causes de l'iritis, la plus fréquente. Le caractère distinctif de cette inflammation, dont les autres phénomènes ne sont pas toujours faciles à reconnaître, est la formation d'une lymphe coagulable, qui se montre sous divers aspects, et produit à elle seule tous les autres changemens que subit l'organe de la vision et que nous allons examiner, puisqu'ils sont les symptômes de la maladie.

Changement de couleur de l'iris. — Ce changement est le caractère le plus frappant de l'iritis. Lorsque l'iris a une couleur claire, l'inflammation lui donne une teinte jaunâtre ou verdâtre, quelquefois parfaitement jaune; lorsqu'il est naturellement d'une couleur foncée, il devient rougeâtre. En même temps que ces changemens s'opèrent dans sa couleur, il perd complètement le brillant qui le caractérise dans l'état de santé; il devient mat et on ne peut plus distinguer l'arrangement si beau des fibres qui le composent. Ces changemens, qui sont d'autant plus faciles à reconnaître, que l'on compare l'œil sain avec l'œil malade, commencent par le bord pupillaire de l'iris, et sont produits par un épanchement de lymphe

au-milieu même du tissu de cette membrane, dont la couleur naturelle décide des nuances qu'elle offre alors.

Epanchement de lymphe; ses différentes formes. — Cet épanchement présente diverses modifications. 1.° Déposée au centre même du tissu de l'iris, cette lymphe produit les changemens de couleur dont nous venons de parler. 2.° Elle peut être sous la forme d'une couche mince, plus ou moins étendue, qui ne recouvre généralement que le cercle interne de l'iris, dont la partie extérieure est en même temps décolorée. 3.° Cette lymphe peut être réunie en masses distinctes, formant des petits tubercules d'une couleur jaunâtre ou rougeâtre. Ce sont ces tubercules que Beer semble regarder comme analogues aux condylômes qui se montrent sur les organes génitaux dans la syphilis. M. Lawrence n'admet point cette analogie. Leur nombre varie depuis un jusqu'à trois et plus, et leur volume depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois. Leur siége est, ou le bord de la pupille, ou un point quelconque de la face antérieure de l'iris. Lorsque l'inflammation est très-forte ou qu'elle a été négligée, la lymphe peut être sécrétée en assez grande abondance pour remplir presque entièrement la chambre antérieure de l'œil. 4.° Il peut arriver que du sang même soit exhalé et se mélange avec la lymphe; et quoique cette circonstance ne se présente ordinairement que dans les cas où l'inflammation est très-intense, cependant l'auteur l'a rencontrée une fois, quoique l'inflammation fut modérée. 5.° Cette matière coagulable peut être fournie par le bord de la pupille ou l'uvée, et les faire adhérer partiellement ou dans toute leur étendue avec la capsule du cristallin. Elle peut aussi être sécrétée en abondance dans la chambre postérieure, pénétrer dans l'antérieure à travers l'ouverture pupillaire, pousser en avant la sclérotique ou même pénétrer à travers cette membrane et former une tumeur au-dessous de la conjonctive.

Dans ces cas, le gonflement extérieur a quelquefois, dans le point le plus proéminent, une couleur jaunâtre, qui, jointe à la rougeur intense et à la violente douleur de l'œil, a fait croire à la suppuration du globe oculaire et pratiquer des incisions. M. Lawrence a vu un cas de cette espèce sur une femme qui perdit les deux yeux; aucune matière ne sortit par la ponction qui fut pratiquée. Saunders rapporte une méprise semblable. « On peut, je crois, assurer, dit l'auteur, que la suppuration ne survient jamais dans l'iritis syphilitique, que l'inflammation est toujours de nature adhésive, quelle que soit sa violence, et que les changemens qu'elle produit sont dus à l'épanchement de la lymphe.

Mouvemens de l'iris, et état de la pupille. — Les mouvemens de l'iris sont très-lents dans le commencement de la maladie, et tout-à-fait empêchés quand l'épanchement s'est formé; ce qui tient, et aux adhérences que l'iris contracte avec les parties voisines, et à son changement de texture produit par la matière déposée entre ses fibres. De là résulte aussi le défaut de contraction de la pupille, qui se rétrécit de plus en plus, à mesure que la maladie fait des progrès. Sa forme se trouve également changée, les adhérences que contracte l'iris la rendant angulaire et quelquefois très-irrégulière. Son bord est épaissi, et présente, au commencement de la maladie, un aspect villeux.

Rougeur des yeux. — Elle est plus ou moins intense et disposée en forme de zone autour de la cornée. Cette zone est formée par les vaisseaux distendus de la conjonctive et de la sclérotique. La partie antérieure de cette membrane présente, dans le commencement de la maladie, une rougeur peu prononcée qui augmente avec elle; il en est de même de la zone qui augmente et disparaît avec l'inflammation de l'iris. Lorsque cette membrane n'est enflammée

que dans un seul point, ce qui est le cas le plus rare, la rougeur de la sclérotique est également partielle.

État de la cornée et de l'humeur aqueuse. — Ce qu'on observe dans l'iritis prouve, quoique dans l'état normal nous ne puissions les reconnaître, qu'il existe des communications vasculaires entre la sclérotique, la cornée et l'iris. C'est en raison de ces communications que l'inflammation d'une de ces parties se propage si facilement aux deux autres; aussi, quand la sclérotique est enflammée, comme cela arrive dans l'iritis aiguë, la cornée se trouble d'abord et devient ensuite d'une opacité nébuleuse; rarement cette membrane s'ulcère. Quant à l'humeur aqueuse, il est bien probable que, puisque la membrane qui la sécréte est enflammée, elle doit éprouver des changemens et devenir trouble; mais nous ne pouvons en avoir de preuve directe, l'état de la cornée empêchant de la distinguer.

Impossibilité de supporter la lumière. Douleurs. — Dès le commencement de l'iritis, il y a généralement difficulté et souvent impossibilité complète de supporter la lumière, dont le moindre contact détermine un écoulement de larmes très-abondant. Ces symptômes persistent alors même que les changemens qu'ont éprouvés la pupille et la cornée ne permettent qu'à un petit nombre de rayons lumineux de pénétrer dans l'œil. Bien plus, dans un cas où il était plus que douteux que le malade pût distinguer l'obscurité de la lumière, M. Lawrence a vu celle ci aggraver les symptômes.

En général, la douleur existe dès le commencement, variant selon l'intensité de l'inflammation. Elle peut être considérable, s'accompagner d'une sensation de brûlure et de tension et s'étendre à l'orbite et au crâne. Dans quelques cas, M. Lawrence l'a vue si violente et si continue, qu'elle privait les malades de tout repos pendant quatre

jours et plus. Dans d'autres cas, au contraire, où l'inflammation était cependant parvenue à un haut degré, et où il s'était fait un épanchement considérable de lymphe, les malades n'accusaient aucune douleur. C'est principalement pendant la nuit qu'elle se fait sentir dans l'iritis syphilitique. Souvent même elle n'existe que pendant ce temps; dans le cas contraire, elle présente alors des exacerbations.

Dès le commencement, il y a obscurité de la vision, que plus tard les changemens de la pupille et de la cornée rendent tout-à-fait imparfaite, au point que les malades ne peuvent plus distinguer les objets et même la lumière des ténèbres.

Les symptômes généraux, comme la fièvre, la céphalalgie, le défaut de sommeil, la soif, etc., sont extrêmement variables, et dans cet état aigu de l'iritis, tantôt ils existent, d'autres fois au contraire ils manquent tout-à-fait.

Progrès de l'inflammation. — Lorsque l'inflammation, après avoir atteint tout son développement, persiste, l'iris se gonfle ou parait se gonfler; il s'approche de la cornée, diminue la chambre antérieure et présente quelquefois une surface convexe irrégulière. Les recherches anatomiques n'ont point encore démontré si cet état de l'iris tient à un véritable épaississement de cette membrane par le dépôt entre ses fibres d'un produit quelconque, ou si c'est simplement un déplacement en avant produit par le gonflement des parties situées derrière elle, ou par une sécrétion de lymphe ou d'humeur aqueuse. Mais lorsque les progrès de l'inflammation ne sont point arrêtés, le mal se propage de l'ouverture pupillaire de l'iris à toute cette membrane, puis au corps ciliaire, et à la rétine avec augmentation de la fièvre et de la douleur; dans ce cas la vision est complètement détruite par suite des altérations qu'a subies la rétine. En même temps l'inflammation

des membranes extérieures de l'œil devient plus intense.

Effets de l'iritis. — Lorsque l'inflammation n'a pas été trop violente, ou qu'elle a été combattue convenablement, la lymphe qui s'est épanchée à la surface ou au centre même de l'iris et des parties voisines peut être résorbée, et cette membrane recouvrer sa couleur et son brillant naturel avec toute sa contractilité.

Adhérences de l'iris. — Le bord pupillaire de cette membrane peut contracter des adhérences avec la capsule du cristallin. Ces adhérences sont uniques ou multiples. Le plus ordinairement elles sont produites par des filamens déliés, assez longs pour permettre quelques mouvemens, et offrant la même couleur que la pupille ou l'uvée.

Elles peuvent être détruites par un traitement convenable; alors elles laissent sur la capsule des taches noires que l'auteur regarde comme permanentes, les ayant encore vues sur un malade long-temps après la guérison. Souvent la forme de la pupille est changée sans que pour cela, le plus ordinairement du moins, la vision en soit gênée.

Changement de texture et de couleur de l'iris. — Lorsque la quantité de lymphe épanchée est très considérable et qu'elle n'est point résorbée au bout de quelques semaines, l'iris éprouve des changemens de texture ineffaçables qui consistent dans des altérations de couleur, dans la perte de son brillant et de sa texture fibreuse, etc. etc. Ces changemens organiques diminuent ou même empêchent complètement ses mouvemens.

Membrane accidentelle; atrésie imparfaite de l'iris. — Si la lymphe épanchée au centre de la pupille et au devant de la capsule du cristalin, n'est pas promptement résorbée, elle s'organise et forme une fausse membrane, adhérente à la capsule et à l'iris, et plus opaque à son centre qu'à sa circonférence. Dans les cas où cet épanchement

n'occupe qu'une partie de la pupille, la membrane est également incomplète et une partie plus ou moins étendue de l'ouverture pupillaire reste libre et permet aux rayons lumineux de pénétrer au fond de l'œil. C'est cet état que l'on a appelé *atrésie imparfaite de l'iris.*

Atrophie du globe de l'œil et fluidité de l'humeur vitrée. — La première altération s'observe dans les cas où une grande quantité de lymphe, épanchée dans les deux chambres, se fait jour à travers la sclérotique et vient proéminer au-dessous de la conjonctive. L'autre est une suite d'une iritis syphilitique aiguë; elle ne produit jamais l'atrophie, mais seulement la mollesse du globe oculaire.

Diagnostic. — Les caractères au moyen desquels on peut distinguer l'iritis syphilitique de toutes les autres formes de cette inflammation, sont les suivans : forme tuberculeuse de la lymphe épanchée, décoloration de l'iris, exacerbations nocturnes de la douleur qui est nulle ou presque nulle pendant le jour, déformation angulaire de la pupille, autres symptômes syphilitiques nouvellement dissipés et le plus ordinairement concomitants; il faut dire cependant que ces symptômes locaux ne sont pas toujours suffisans pour établir un diagnostic certain, les autres formes de l'iritis pouvant quelquefois présenter quelques phénomènes semblables à ceux de l'iritis syphilitique. Cependant dans l'iritis idiopathique il n'y a aucune sécrétion distincte, mais il se forme dans l'épaisseur même de l'iris des amas d'une matière purulente jaunâtre, véritables abcès que l'on n'observe point dans l'iritis syphilitique. Dans l'iritis arthritique la lymphe est sécrétée par le bord de la pupille, mais ne prend point de forme distincte, et les adhérences auxquelles elle donne lieu ont généralement une couleur blanche. Dans ces deux espèces d'iritis, la pupille conserve aussi sa position centrale et sa forme circulaire. Quoique le dépôt sur l'iris d'une lymphe rou-

geâtre, brunâtre ou jaunnâtre indique chez l'adulte une iritis syphilitique, cependant M. Lawrence a vu dans quelques cas des apparences semblables chez des enfans et des jeunes gens que l'on ne pouvait supposer infectés du virus vénérien.

L'inflammation syphilitique de l'iris est un symptôme consécutif qui se développe sans cause connue, quoiqu'on ait prétendu que le froid, l'humidité ou d'autres agens extérieurs puissent avoir de l'influence sur sa production. Il peut bien quelquefois exister seul, mais le plus ordinairement il est accompagné d'autres symptômes consécutifs, comme éruptions, ulcérations de la gorge et de la bouche, gonflement du périoste, etc., et comme ces derniers, il peut apparaître avant que les accidens primitifs soient tout-à-fait dissipés.

Iritis syphilitique chez les enfans. — Quoique l'auteur ait eu occasion de donner des soins à un grand nombre d'enfans infectés de syphilis, il n'a cependant rencontré chez eux que deux cas d'iritis syphilitique. Nous rapporterons plus loin une de ces observations.

Influence du mercure sur le développement de l'iritis. — Quelques médecins ont adopté l'opinion que l'usage du mercure pouvait produire l'inflammation de l'iris; d'autres ont même avancé que l'iritis syphilitique, ainsi que les autres symptômes secondaires, sont déterminés par le traitement mercuriel. M. Larwence vient éclairer ce point par les faits nombreux que lui a fournis sa pratique. Il rapporte dans son ouvrage vingt-neuf observations d'iritis syphilitique. Dans neuf de ces cas l'iritis se développa avant que l'on eût employé la plus petite quantité de mercure, et dans quelques uns le mal fut si violent que la vision en souffrit beaucoup; dans neuf autres cas le mercure ne fut employé qu'à très-petites doses, et la bouche n'en reçut aucune influence; dans le reste son usage ne fut

pas continué long-temps et jamais n'affecta le système d'une manière notable. MM. Rose et Jean Thomson (1) ont également rencontré des cas d'iritis syphilitique sans qu'on eût fait usage du mercure. Enfin M. Ekstrom, de Stockholm, a informé l'auteur qu'il avait rencontré un grand nombre de faits analogues dans un établissement où on avait entièrement et pendant un long temps renoncé à l'emploi du mercure dans le traitement de la syphilis.

Pronostic. — Il est ordinairement favorable dans les cas où l'inflammation est récente et bornée à l'iris; il est fâcheux au contraire lorsqu'elle existe depuis long-temps, et qu'elle s'est propagée aux tuniques postérieures du globe de l'œil. On ne saurait cependant fixer le temps au bout duquel les changemens organiques doivent nécessairement être tels que la vision soit complètement détruite. Ainsi, dans un cas, l'inflammation exista six semaines, et cependant le malade recouvra la vue. Nous rapporterons un cas analogue, mais plus remarquable encore en ce que l'inflammation fut plus intense. Il ne faut pas oublier que l'influence du traitement dans cette affection est très-grande, et que par des moyens appropriés on obtient des changemens avantageux dans des cas qui semblaient presque désespérés.

Traitement. — Le médecin doit avoir en vue trois choses principales dans le traitement de l'iritis; 1.° arrêter les progrès de l'inflammation; 2.° prévenir une sécrétion de lymphe trop abondante et hâter l'absorption de celle qui est épanchée; 3.° empêcher la contraction de la pupille. Les antiphlogistiques, le mercure et la belladone sont les moyens que l'art présente pour atteindre ce but.

Saignées. Antiphlogistiques. — Il est presque inutile de dire de quelle importance il doit être de recourir promp-

(1) *Medico-Chirurgical Transactions.* T. VIII, p. 561.

tement à un traitement antiphlogistique actif, dans une inflammation aussi violente que l'est ordinairement l'iritis syphilitique, et dont les suites sont si fâcheuses. Aussi, lorsque la phlegmasie est intense, la congestion sanguine très-grande, la douleur violente, lorsque surtout l'on a lieu de redouter que l'inflammation se propage ou se soit déjà propagée de l'iris aux tuniques postérieures de l'œil, il faut immédiatement adopter le régime et le traitement antiphlogistiques dans toute leur rigueur. Il faut pratiquer des saignées générales et locales, et les continuer jusqu'à ce que l'inflammation ait diminué; agir sur les intestins au moyen de purgatifs énergiques, dont l'emploi sera suivi de doux laxatifs ou de l'émétique à petites doses; assujétir le malade à une diète sévère; préserver les yeux de tous les agens excitans extérieurs, et faire garder le repos. Les saignées locales et les ventouses peuvent suffire lorsque les symptômes sont moins aigus. Les unes et les autres doivent être répétées autant que le nécessitent les circonstances, et le permettent les forces du malade.

Topiques. Vésicatoires. — Les applications locales sont peu utiles. Les vésicatoires ne conviennent point dans l'état aigu. Souvent, surtout, lorsqu'on les applique près de la partie enflammée, ils augmentent l'irritation.

Mercure. — Les moyens dont nous venons de parler diminuent l'inflammation, la douleur et l'excitation générale; mais dans le plus grand nombre des cas, ils sont incapables de remplir la seconde indication. En effet, on voit souvent, même après de larges et fréquentes saignées, la sur-excitation des vaisseaux capillaires subsister, et la sécrétion lymphatique se continuer et donner lieu aux altérations organiques que nous avons décrites. Le mercure, donné de manière à affecter le système, est le moyen le plus efficace dans ces circonstances. Le meilleur mode de

l'administrer consiste à unir le calomélas à l'opium, dans les proportions de deux, trois ou quatre grains du premier sur un quart, un tiers ou un demi grain du dernier, et de le faire prendre ainsi aux malades toutes les huit, six, et même, quand il y a urgence, toutes les quatre heures. Sous son influence, on ne tarde pas à voir la rougeur de l'œil disparaître, l'exhalation lymphatique se suspendre, l'iris recouvrer sa couleur naturelle et l'absorption reprendre les produits des sécrétions morbides.

Deux questions importantes se présentent ici, relativement à l'emploi du mercure : jusqu'à quelle dose convient-il de le porter; et pendant combien de temps son usage doit-il être continué? Quelquefois le but que l'on se propose n'est point atteint par une simple irritation mercurielle de la bouche; souvent, au contraire, une salivation abondante arrête, comme par enchantement, les progrès de la maladie, lorsqu'elle est récente; on suspend alors le médicament dont l'effet se continue pendant deux ou trois semaines, et il n'est pas nécessaire d'y revenir. En général, il suffit que la bouche soit affectée, quoique les progrès vers la guérison soient d'autant plus rapides que l'action du mercure a été plus forte. Dans les cas moins récens, l'influence du médicament ne se fait pas sentir si promptement, et il faut persévérer dans son emploi pendant quatre, six et même huit semaines. Dans les récidives, le traitement doit être ordinairement encore prolongé davantage. Ainsi, M. Lawrence a donné des soins à un jeune homme pour une iritis syphilitique qui, guérie au bout de six semaines, reparut parce que le malade s'exposa trop tôt au froid, et l'obligea à garder la maison pendant quatre mois environ, temps pendant lequel il saliva presque constamment : sa guérison fut complète.

Deux opinions opposées partagent un grand nombre de

médecins, relativement au traitement de l'iritis. Les uns adoptent d'une manière exclusive l'emploi du mercure et regardent ce médicament comme *spécifique* dans cette maladie; les autres, redoutant ses effets fâcheux sur l'économie, le rejettent complètement, et pensent que par les seuls antiphlogistiques on peut obtenir une guérison complète. Eclairé par sa longue expérience, M. Lawrence pense qu'on ne peut adopter exclusivement l'une ou l'autre de ces opinions, et que l'iritis en général, et l'iritis syphilitique en particulier, est plus avantageusement combattue par l'emploi successif ou combiné des antiphlogistiques et du mercure.

Les applications locales mercurielles, comme une solution d'hydro-chlorate de mercure, ou des onctions avec le précipité rouge, sont peu efficaces, et ne pourraient même pas être employées sans inconvénient pendant l'état aigu de la maladie. Il est des cas, cependant, où on retire de grands avantages de ce traitement local. Ainsi, lorsque les malades éprouvent pendant la nuit des douleurs violentes dans la région orbitaire, on parvient à les calmer et même à les dissiper, en faisant sur le front et sur les tempes des frictions avec un mélange de mercure et d'opium. Les Allemands préviennent ces douleurs en employant de cette manière, quelque temps avant leur retour, un mélange de six grains d'onguent mercuriel, et de deux grains d'opium en poudre. Mais ces frictions n'ont d'action que sur un symptôme particulier, et ne peuvent, comme l'usage intérieur du mercure, arrêter les progrès de l'inflammation.

Dilatation artificielle de la pupille. — L'état de la pupille est un des points les plus importans dans tous les cas d'iritis, et l'objet principal que l'on doit se proposer, c'est de conserver sa figure, ses dimensions et sa transparence naturelle. On atteint ce but, en faisant usage de la

belladone, de la jusquiame, etc., qui dilatant la pupille, peuvent lui conserver sa dimension normale. De plus, la contraction de la pupille que déterminent ces médicamens, est capable, lorsque les adhérences sont récentes, de les alonger, de les rompre même tout-à-fait, et de rendre complètement libre l'ouverture de l'iris. M. Lawrence a vu, dans des cas semblables, tout le bord de la pupille être détaché de la capsule du cristallin, à laquelle elle était adhérente, et laisser sur cette membrane les traces de l'arrangement circulaire et plissé de ses fibres. Il faut que l'emploi de la belladone soit combiné avec celui du mercure. L'auteur recherchant le mode d'agir de ce médicament ne pense pas qu'il ait ici une action spéciale, encore moins qu'il active l'absorption, mais seulement qu'il arrête cette inflammation plastique qui forme le caractère principal de l'iritis; aussi le recommande-t-il dans toutes les inflammations membraneuses, dans la péricardite, la pleurésie, etc., etc.

Essence de térébenthine. — M. Hugh Carmichael, de Dublin, a dernièrement recommandé l'huile de térébenthine contre l'iritis en général et en particulier contre l'iritis syphilitique. Il l'administre sous forme d'émulsion :

Huile de térébenthine rectifiée.	℥ j
Blanc d'œuf.	N.° 1.
Huile d'amandes douces.	℥ iv.
Sirop d'écorce d'oranges.	℥ ij.
Esprit de lavande composé.	ʒ iv.
Essence de canelle.	Gut. iv.

Mêlez et donnez deux ou trois cuillerées par jour.

M. Lawrence n'a point essayé cette médication, mais il paraît que M. Carmichael a vu, sous son influence, dans des cas assez graves d'iritis syphilitiques, la douleur, la rougeur, et les autres symptômes se dissiper prompte-

ment, l'absorption de la lymphe épanchée s'opérer avec une rapidité extraordinaire ; et la vision se rétablir complètement.

I.re *Obs.* — *Iritis syphilitique aiguë avec éruption papulaire ; épanchemens abondans et répétés de lymphe sur la surface de l'iris ; atrophie du globe de l'œil.* — W. W., âgé de 21 ans, bien portant, d'une forte constitution, ayant les cheveux blonds et les iris bleus, eut un chancre sur le prépuce vers le milieu du mois de mai 1827, et bientôt après un bubon à chaque aîne. Il prit des pilules jusqu'à ce que ces symptômes eussent disparu, sans que sa bouche fût affectée par le mercure. Six semaines après la disparition de ces accidens primitifs, il eut à la face une éruption qui s'étendit bientôt sur tout le corps, et pour laquelle il consulta, mais sans succès, un charlatan.

Le 16 août, l'œil droit, qui depuis huit à dix jours est extrêmement douloureux, présente les symptômes ordinaires de l'iritis syphilitique. Extérieurement cet organe est très-rouge ; la sclérotique offre autour de la cornée une teinte violacée ; les vaisseaux de la conjonctive sont tuméfiés et rougeâtres ; l'iris a complètement perdu son brillant et sa couleur bleue ; il offre une teinte sombre et n'a plus l'aspect fibreux qui le caractérise ; dans sa petite circonférence il est d'un rouge-brunâtre, tandis que dans la grande ou extérieure cette couleur se trouve mêlée d'une teinte jaunâtre ; son bord pupillaire est épaissi et irrégulier. La cornée et la chambre antérieure sont obscurcies. L'œil est douloureux, surtout quand le malade est couché ou qu'il s'expose à la lumière, qui donne lieu aussi à un écoulement abondant de larmes ; le sommeil est fréquemment interrompu par des douleurs dans l'œil et dans les os des jambes ; la vision est très-imparfaite, et toute la surface du corps présente une éruption papu-

laire qui s'étend même sur la conjonctive palpébrale, où les papules apparaissent comme des petits points jaunâtres. (Deux grains de calomélas avec un quart de grain d'opium, toutes les six heures; frictions sur les sourcils avec l'extrait de belladone; diète.)

Le 17, tous les symptômes énumérés sont plus prononcés, et l'œil plus douloureux.

Le 19, l'état du malade s'est encore aggravé; les vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique sont plus distendus, la couleur de l'iris plus foncée, la chambre antérieure plus obscure, et la vision plus imparfaite. (Même traitement. Six sangsues à la tempe.)

Le 20, une certaine quantité de lymphe légèrement colorée est épanchée sur la partie inférieure et externe de l'iris, dont le changement de couleur et de structure est plus prononcé. La pupille est un peu dilatée et très-irrégulière. La bouche est légèrement affectée par le mercure.

Le 21, la quantité de lymphe épanchée sur l'iris est plus considérable, et la portion correspondante de la conjonctive est gonflée. A peine le malade peut-il maintenant distinguer la lumière des ténèbres. L'état de la bouche est le même. (Continuation de la belladone, du calomel et de l'opium. Frictions, matin et soir, sur les bras, avec un liniment mercuriel.)

Le 23, l'éruption et les douleurs ostéocopes ont disparu, mais l'œil est toujours très-douloureux. Le gonflement de la conjonctive a diminué, mais l'épanchement de lymphe est plus considérable; les autres symptômes sont restés les mêmes. La bouche est très-douloureuse.

Le 27, quoique l'état de l'iris semble amélioré dans sa moitié supérieure, il s'est cependant effectué un nouvel épanchement lymphatique au-dessous du premier. (Même traitement.)

Le 30, aucune diminution dans l'inflammation et la douleur. Les deux portions de lymphe épanchée se sont réunies, et par là la moitié inférieure de l'iris se trouve couverte par une masse volumineuse d'un brun-jaunâtre. (Même traitement. Vingt sangsues autour de l'œil.)

Le 4 septembre, les sangsues ont apporté une grande amélioration. Le malade se trouve lui-même beaucoup mieux. La salivation est établie. La rougeur extérieure de l'œil, la douleur et la quantité de lymphe épanchée ont notablement diminué. La pupille, dilatée par la belladone, a perdu sa forme naturelle par suite des adhérences qu'elle a contractées.

Le 11, presque toute la lymphe épanchée est résorbée; l'œil est amélioré dans toutes ses parties. Salivation abondante. (Cessation des frictions. Calomel et opium deux fois par jour seulement. Bouillon.)

Le 15, l'amélioration continue. La vision devient de jour en jour plus parfaite; les adhérences de la pupille persistent. Le 14, le bouillon fut remplacé par la viande et la bière.

Le 18, retour de l'inflammation avec de vives douleurs. (Calomel et opium toutes les six heures; vésicatoire à la tempe droite; même régime.)

Le 21, il s'est fait un épanchement de lymphe là où existait le premier. (Diète lactée.)

Le 22, le vésicatoire n'a pas fait soulever la peau, l'œil est plus enflammé, l'épanchement lymphatique plus considérable. (Vingt sangsues; nouveau vésicatoire qui devra être entretenu. Calomel et opium toutes les six heures.)

Le 25, l'inflammation est encore plus considérable, ayant été aggravée par le vésicatoire et les applications irritantes faites à sa surface. Il y a aussi plus de lymphe épanchée, et, comme dans la première attaque, l'iris a perdu sa couleur et son apparence naturelles.

Le 1.er octobre, le 26, 27 et 29 septembre, dix-huit sangsues furent chaque fois appliquées et amenèrent une amélioration qui persiste.

Le 6, l'absorption de la lymphe se fait lentement : il y a encore dans l'organe affecté un peu de gêne et de rougeur. (18 sangsues, continuation du calomel et de l'opium.)

Le 8, retour de l'inflammation que le malade attribue à un coup de vent. (20 sangsues.)

Le 9, l'inflammation persiste et l'absorption a cessé. Le calomel a légèrement irrité la bouche. (Mêmes moyens, de plus frictions mercurielles soir et matin.)

Le 14, le malade ennuyé de ne point éprouver de soulagement, se confia à un oculiste qui fit sur l'œil de nombreuses scarifications et appliqua beaucoup de sangsues. Au bout de deux mois de ce traitement, l'inflammation et la douleur avaient diminué, mais la vision était tout-à-fait perdue.

Lorsque M. Lawrence revit le malade, au mois de mai de l'année suivante, le globe de l'œil était fortement enflammé, surtout à sa partie inférieure et externe, où on apercevait un grand nombre de vaisseaux dilatés. Presque toute la chambre antérieure était occupée par une masse lymphatique qui remplissait la pupille et obscurcissait l'iris. Une douleur profonde existait dans le globe de l'œil, et se propageait à l'orbite et à la tempe. (Vingt sangsues à la tempe. Frictions matin et soir avec un gros de mercure sous l'aisselle. Deux grains de calomel avec un grain d'opium, deux fois par jour.)

Le 14, aucun changement. (Calomel et opium toutes les six heures. (Même traitement.)

Le 18, la bouche est affectée; l'inflammation et la douleur ont diminué. Le malade fut mis à la diète, et continua de prendre tous les jours, pendant trois semaines,

de huit à dix grains de calomel; la bouche fut plus fortement affectée; l'inflammation de l'œil disparut graduellement; et lorsque, au bout de deux mois, on cessa le traitement, tout symptôme inflammatoire avait disparu, et le globe oculaire était atrophié.

II.e *Obs. — Double iritis syphilitique chez un malade qui n'a jamais pris de mercure; guérison de l'un des yeux par les antiphlogistiques; emploi de mercure nécessaire pour la cure de l'autre.* — Jean Durrant, domestique, âgé de 22 ans, d'une faible constitution, ayant les yeux bleus, fut admis le 23 juin 1826, à l'hopital St.-Barthélemy. Il rapporta que depuis six semaines il était affecté d'un écoulement, lorsqu'au mois de décembre il lui survint un petit ulcère sur le prépuce et un gonflement dans l'aîne. Il ne consulta pas de médecin et se borna à prendre quelques sels : au bout d'un mois ces symptômes avaient disparu. Vers le mois d'avril, il fut pris d'un lumbago pour lequel il fut saigné. Trois semaines après, sans avoir jamais fait usage de mercure, ses yeux s'enflammèrent, le droit quatre à cinq jours avant le gauche; après être resté quinze jours sans rien faire, il consulta un chirurgien qui ordonna l'application de six sangsues, et l'usage d'un collyre dont il n'éprouva aucun soulagement.

Voici quel était son état lors de son entrée à l'hopital : l'œil gauche est moins enflammé que l'œil droit; la sclérotique de ce côté offre, sur la partie antérieure du globe oculaire, une teinte légèrement violacée, plus prononcée autour de la cornée transparente. L'iris est terne et sans éclat; sa grande circonférence a presque conservé sa couleur naturelle, tandis que le bord pupillaire est d'un brun rougeâtre, ce qui est dû à un épanchement de lymphe qui s'est fait au milieu de son tissu. Ce bord est aussi légèrement épaissi, villeux, et adhérent par un petit filament brunâtre. La pupille a conservé sa couleur naturelle.

L'œil est le siège d'une douleur violente qui augmente pendant la nuit et par l'exposition à la lumière : il y a souvent épiphora ; les vaisseaux de la conjonctive sont partiellement distendus ; la cornée est intacte.

L'œil gauche présente les mêmes symptômes, mais à un plus faible degré : l'iris de ce côté a conservé sa couleur naturelle, si ce n'est autour de la pupille. (seize onces de sang au moyen de ventouses aux tempes. Calomel et jalap.) Le 24, céphalalgie; même état des yeux. (Saignée de 20 onces, purgatifs.) Le 26, ventouse à la nuque. 16 onces de sang, extrait de belladone en frictions autour de l'orbite.

1er Juillet, l'inflammation a diminué graduellement dans l'œil droit ; la vision de ce côté est presque parfaite. La maladie a au contraire fait des progrès dans l'œil gauche ; il est plus douloureux que lors de l'entrée du malade, qui est faible et pâle par suite des saignées déjà pratiquées. (Vingt sangsues à l'œil gauche. Cessation de la belladone, dont l'emploi a constamment augmenté la douleur.)

Le 3, l'inflammation de l'œil gauche est aussi violente quoique les forces du malade aient bien diminué, une éruption papulaire pâle s'est montrée d'abord sur la face et ensuite sur le tronc et les membres. (Calomel deux grains avec opium un tiers de grain toutes les six heures.)

Le 7, le mercure a déterminé des évacuations alvines sans affecter la bouche. L'œil droit est entièrement guéri ; l'œil gauche est encore fortement enflammé, constamment douloureux et humide, et ne peut supporter la lumière ni remplir ses fonctions. (Continuation du mercure.)

Le 22, la salivation est survenue, et l'emploi du mercure a été cessé depuis deux jours. Les deux yeux ont recouvré

leur apparence ordinaire et leurs fonctions, et l'éruption a presque disparu. Huit jours après, le malade quitta l'hopital complètement guéri.

III.ᵉ *Obs.* — *Iritis syphilitique aiguë; adhérences de la pupille disparaissant par l'emploi du mercure et de la belladone.* — Jacques Harvey, âgé de 33 ans, fut admis en 1823, à l'hôpital, pour un chancre sur le pénis et un bubon. Le premier guérit dans quatre ou cinq semaines. Depuis le malade éprouva de temps en temps dans les membres une douleur qui pendant les quatre derniers mois surtout devint très-violente, et augmentait, pendant la nuit, au point d'empêcher tout sommeil. Il fut admis le 25 novembre 1824, à l'infirmerie ophthalmique de Londres, atteint d'une iritis aiguë du côté gauche, qui avait commencé onze jours auparavant, et s'était accompagnée de douleurs aiguës dans les membres, et d'une éruption squammeuse aux avant-bras. Il y avait une rougeur intense de toute la surface extérieure du globe de l'œil; à la partie supérieure de l'iris, il s'était fait un épanchement considérable d'une lymphe rougeâtre, présentant à sa surface trois tubercules et s'étendant jusque dans la pupille, qui est contractée, alongée transversalement, adhérente dans toute sa circonférence et remplie par une membrane mince et opaque. L'œil est douloureux, et cette douleur, qui est beaucoup plus forte la nuit, empêche le sommeil. C'est à peine si le malade peut distinguer de cet œil la lumière des ténèbres. (Seize onces de sang au moyen d'une ventouse appliquée sur la tempe gauche. *Illicò* potion avec le calomel et le jalap, et après l'action de ce purgatif, trois grains de calomel avec un tiers de grain d'opium donnés toutes les quatre heures. (Le soir, frictions avec l'extrait de belladone sur le front.)

Le 29, la bouche n'est pas affectée par le mercure; mais les intestins le sont. Quoique la douleur soit moins

forte, la maladie n'est cependant point encore complètement détruite. (suppression du calomel et de l'opium. Pilules mercurielles de cinq grains deux fois par jour. Tous les soirs frictions sur les cuisses avec un gros d'onguent napolitain.)

Le 7 décembre, la bouche est fortement affectée. La rougeur extérieure de l'œil a presque entièrement disparu; la lymphe épanchée est résorbée, l'ouverture pupillaire est libre et le malade peut lire. (Cessation du mercure; frictions avec la belladonne, et instillation dans l'œil d'une solution de son extrait.)

Dix jours plus tard, l'œil était revenu à sonétat normal et le malade, gardé quelque temps à l'hopital, n'a pas éprouvé de rechute.

IVe *Obs.* — *Iritis syphilitique. Emploi infructueux des antiphlogistiques : guérison prompte par le mercure.* — Anne Holly, âgée de 21 ans, fût admise à l'hôpital Saint-Barthélemy, le 9 octobre 1828, ayant une gonorrhée, une large ulcération à la partie inférieure du vagin, et un chancre induré sur la nymphe du côté droit. Le 19, elle se plaignit de douleur dans l'œil gauche, qui offrait un peu de rougeur; six sangsues furent appliquées. Le lendemain, l'inflammation était plus intense, et s'était étendue à la sclérotique. M. Lawrence jugeant le cas favorable pour l'emploi des anti-phlogistiques, ordonna l'application d'une large ventouse sur la tempe, et un purgatif composé de calomel et de jalap. Ces moyens n'apportèrent aucun soulagement; et le 22, l'iris avait perdu son éclat, et la vue était un peu diminuée. (Vingt sangsues autour de l'œil, et toutes les six heures; deux grains de calomel avec un tiers de grain d'opium.) Les sangsues n'apportèrent aucune amélioration; mais le mercure affecta le système, au bout de 48 heures, et la maladie fut immédiatement arrêtée. Quatre ou cinq jours après, toute trace

d'inflammation avait disparu, et la malade sortit parfaitement guérie le 5 novembre.

V.e *Obs. — Iritis syphilitique, suivie d'éruption papulaire et disparaissant promptement par l'usage du mercure, après avoir résisté aux antiphlogistiques.* — M. R.*** âgé de 26 ans, eut, au mois de février 1826, sur le prépuce, deux chancres qui durèrent quatre ou cinq semaines, donnèrent lieu à l'engorgement des glandes inguinales, et furent suivis d'une éruption papulaire, qui couvrit le tronc et les membres. Bientôt après, son œil gauche s'enflamma. Un médecin consulté conseilla pour tout traitement des ventouses et des sangsues. Comme, malgré ces moyens, l'état de l'œil empira, le malade consulta M. Lawrence, qui reconnut une iritis syphilitique aiguë. L'iris avait perdu son éclat et sa couleur naturelle; trois petites masses de lymphe rougeâtre recouvraient la partie moyenne de cette membrane, au-dessous de la pupille; la cornée était entourée d'une zone d'un rouge vif; la vision entièrement abolie et l'œil douloureux. (Toutes les quatre heures, deux grains de calomel avec un tiers de grain d'opium). La bouche fut bientôt affectée, quoique le mercure ne pût être donné très-régulièrement, à cause du dérangement des intestins. Dix jours après, toute la lymphe épanchée était entièrement absorbée; l'iris avait recouvré sa couleur naturelle et la zône rougeâtre, qui entourait la cornée, avait presque complètement disparu, mais la vue resta un peu plus faible, ce qui engagea à continuer l'usage du mercure.

VI.e *Obs. — Iritis syphilitique chez un enfant, avec d'autres symptômes secondaires.* — Jeanne Meudie, âgée de vingt-six ans, fut admise, avec son enfant du sexe féminin et âgée de 16 mois, à l'hôpital Saint-Barthélémi, le 31 mars 1827. Trois mois avant la naissance de son enfant, elle avait eu un écoulement vaginal accompagné

d'ardeur en urinant. Cet écoulement existait depuis trois mois environ, lorsque la malade découvrit des ulcérations sur les parties externes de la génération. Les grandes lèvres, le périnée et la marge de l'anus étaient le siège de végétations élevées, inégales et ulcérées.

L'enfant, qui à sa naissance était gros et bien portant, fut pris trois jours après d'inflammation blennorrhagique aux deux yeux, et fut admis à l'infirmerie ophthalmique de Londres, où il fut bientôt guéri. A l'âge de cinq mois, il eût sur le cou une éruption papulaire qui disparut bientôt. Alors s'établit un écoulement par le vagin; les grandes lèvres étaient gonflées et excoriées, et lorsque ces symptômes s'amendèrent, il apparut au périnée et au pourtour de l'anus des excroissances aplaties et verruqueuses; leur surface est actuellement ulcérée. Ces deux malades furent soumises à l'usage du mercure donné sous formes de pilules, et purent au bout de trois semaines quitter l'hôpital parfaitement guéries.

Elles y rentrèrent le 2: mai. La mère présente alors un gonflement inflammatoire sur la pointe de la langue, et une ulcération alongée au milieu de cet organe. Sur la muqueuse qui tapisse la lèvre inférieure existe aussi une ulcération superficielle à surface jaunâtre. Ces symptômes existent depuis quinze jours : les organes externes de la génération ne présentent rien de pathologique. (Deutochlorure de mercure 3/8 de grain dans une pinte de décoction de salsepareille par jour.)

L'enfant présente autour de l'anus des excoriations et des végétations qui ont reparu une semaine après sa sortie de l'hôpital; de plus il existe du côté gauche une iritis peu intense, que sa mère attribue à l'action du froid humide. Cette inflammation a commencé il y a trois jours. L'iris a perdu son éclat, et pris une teinte obscure; la pupille est légèrement contractée; la sclérotique et la paupière

supérieure sont rouges, et la lumière n'est supportée qu'avec peine. (pilules mercurielles soir et matin.)

Le 24, chez la mère il s'est montré à la base de la langue une tache rougeâtre et douloureuse. L'œil de l'enfant est plus malade. (Trois sangsues). Le traitement mercuriel mitigé fut continué par la mère et sa fille jusqu'au 4 juin, époque à laquelle elles quittèrent l'hôpital complètement guéries. Assez long-temps après il n'y avait point encore eu de récidive.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Monstruosité. Tumeur des fosses nasales; *Obs. recueillie par le docteur Rosato Dimidry.* — Le 7 septembre 1830, une jeune paysanne de la commune de Vaglie, canton de Brindisi, dans la province de Lecce, accoucha d'une fille qui présentait un prolongement charnu volumineux, s'étendant du nez au-devant et au-dessous de la bouche. Un examen attentif fit reconnaître au docteur Dimidry que le nez de cet enfant était bifide; divisé jusqu'à sa base, de sorte que les deux moitiés écartées, continues avec les joues, formaient un écartement duquel sortait une tumeur du volume d'un œuf d'oie, adhérente à toute la circonférence de l'ouverture nasale, et à la lèvre supérieure au-devant de laquelle elle descendait, et devenant libre ensuite, elle se prolongeait jusqu'au-dessous de la lèvre inférieure, fermant ainsi presqu'entièrment l'ouverture de la bouche. De la partie supérieure de cette production anormale naissait un prologement mamelonné; un semblable mamelon existait à sa partie supérieure, et se trouvait contigu à la lèvre inférieure.

Le docteur Dimidry, reconnaissant que cette tumeur s'opposait immédiatement à la respiration par l'occlusion complète des narines et presque complètede l'ouverture buccale, et redoutant que la mort par asphyxie n'en fût la suite en peu de temps, se décida à l'enlever d'un seul coup avec l'instrument tranchant. Ses adhérences s'étendaient au-dehors à plus de deux travers de doigt, aussi survint-il une hémorragie abondante qui fut réprimée de suite par un appareil compres sif convenable.

La dissection de cette tumeur, qui avait toute l'apparence d'une

mamelle avec deux mamelons, fit voir qu'elle était recouverte par un prolongement de la peau; à l'intérieur, elle offrait une structure entièrement semblable à celle des mamelles, et dans son centre, un grouppe de granulations glanduleuses comme dans ces organes. Les glandes mammaires n'en existaient pas moins, occupant leur situation normale, en sorte que cette tumeur pouvait rattacher la monstruosité à la classe de celles dites par excès de parties. Malgré tous les moyens employés pour nourrir l'enfant, on ne put y parvenir qu'incomplètement, et il mourut quatre jours après l'opération. (*Annali di medicina e chirurgia di Napoli*; septembre 1830.)

Pathologie.

Etat des organes chez un individu mort par suite d'une abstinence prolongée. — *Obs. par M. le docteur Desbarreaux-Bernard.* Nous avons rapporté dans le volume précédent, page 334, l'observation de ce prisonnier de Toulouse, qui est mort après 63 jours d'abstinence. Mais elle n'était point suivie des détails de l'ouverture du corps. Le complément de ce fait curieux ayant été publié dans un Journal, nous le reproduisons ici.

Ouverture du corps de Guillaume Granié, faite 30 *heures après la mort, par* 25 *degrés de chaleur.* — *Habitude extérieure du corps.* — Marasme complet, saillie considérable des pommettes et des arcades zygomatiques, yeux très-caves, nez effilé, cheveux rares, ainsi que les poils de la barbe; les deux incisives moyennes supérieures très-larges; taille, cinq pieds un pouce; pesanteur, 26 kilogrammes.

Tête. — Développement très-marqué des parties postérieures du crâne, relativement à l'affaissement des parties antérieures. Saillies très-prononcées au-dessus et à la partie postérieure des conduits auditifs externes; épaisseur remarquable de tous les os du crâne, état normal de la dure-mère; adhérence ancienne, de deux pouces d'étendue, entre cette membrane et le cerveau à la partie postérieure et supérieure des hémisphères du cerveau, le long du sinus longitudinal supérieur.

Arachnoïde cérébrale transparente, mais plus résistante que de coutume, très-légèrement lubrifiée.

Les membranes enlevées, le cerveau paraît moins coloré qu'à l'ordinaire; pas de sérosité dans les ventricules; la substance corticale est d'une densité ordinaire; la substance blanche, examinée dans les différens points de l'encéphale, offre une densité et une consistance vraiment remarquables; elle est ferme et élastique, surtout vers la base du crâne.

Cervelet petit relativement à la masse du cerveau; sa substance

est ferme et présente la même densité que le cerveau ; cet état d'endurcissement se propage à la moelle alongée, dont les cordons se séparent avec la plus grande facilité.

Thorax.—Cœur décoloré, de volume ordinaire, flasque, ramolli, se déchirant aisément. Poumon droit crépitant, de couleur naturelle. On observe à la partie inférieure du bord postérieur un léger engorgement pneumonique. Poumon gauche non crépitant, un peu affaissé. Premières divisions bronchiques parsemées de plaques rouges; les dernières ramifications sont plus rouges et présentent quelques points œdémateux.

Abdomen : voies digestives. — Œsophage rétréci, très-mince, muqueuse résistante. Estomac de capacité ordinaire, contenant un verre environ de liquide verdâtre; membrane muqueuse très-résistante, très-adhérente dans le grand cul-de-sac; on ne peut en enlever que des lambeaux fort petits : elle est plus ramollie et plus mince du côté du pylore; cette ouverture n'offre rien de remarquable. Intestin grêle légèrement rétréci, d'une couleur brune peu marquée; l'extrémité inférieure de l'iléon présente seule une teinte d'un rouge-brun très-prononcé. L'épaisseur des parois intestinales est sensiblement moindre. La muqueuse, dans la partie supérieure de l'intestin, est colorée en jaune et parfaitement saine. Dans la partie inférieure elle est rouge, ramollie et fort injectée. Valvules conniventes très-apparentes. Il existe à la fin de l'intestin grêle un diverticulum de trois pouces de longueur. Gros intestin de volume naturel, légèrement dilaté, vide dans sa portion descendante et transversale, rempli dans le reste de son étendue par des matières fécales endurcies. La direction du colon transverse est oblique de droite à gauche, et de haut en bas; la membrane muqueuse est saine, excepté dans le colon transverse où elle est ramollie.

Épiploons réduits à la séreuse traversée par les vaisseaux sanguins. Mésentère sans tissu adipeux, contenant quelques ganglions engorgés.

Appareil biliaire. — Foie de volume ordinaire, d'une couleur brique, bien granulé; sa densité est plus forte que dans l'état naturel. Vésicule biliaire très-distendue par une bile noire, épaisse, contenant des granulations sensibles au toucher. Cette bile peut être comparée à une forte solution d'extrait de réglisse.

Rate très-petite, presque ronde, d'environ deux pouces de diamètre; d'un tissu sain, mais très-dense et très-résistant.

Appareil urinaire. — Reins peu développés, sains, d'un tissu rouge, résistant et très-serré. Vessie saine, dilatée, contenant un verre d'urine fortement colorée en rouge. La muqueuse est d'un blanc éclatant.

Annihilation du système musculaire; les muscles, quoique réduits

à un amincissement extrême, sont d'une couleur rouge très-marquée.

Le fémur scié, on aperçoit le canal médullaire rempli par la moelle, qui est dans l'état normal : c'est la seule partie du corps où l'on rencontre le tissu adipeux. (*Lancette franç.*, t. V, N.° 52.)

Éruption rubéolique causée par l'emploi du copahu et du cubèbe. — Un jeune homme, qui avait eu autrefois la syphilis et qui ne s'était soumis à aucun traitement régulier, se fit recevoir à la Pitié, (service de M. Velpeau) pour y être traité d'un abcès au ventre et d'une nouvelle gonorrhée qu'il portait depuis deux mois. Au bout de quelques jours, le malade fut mis à l'emploi d'un mélange de cubèbe, de copahu et de magnésie, dans les proportions de deux gros de copahu sur quatre de cubèbe. Il prit chaque jour cette dose sans en éprouver aucun accident ; à la sixième, il s'aperçut tout-à-coup d'une démangeaison très-forte et d'une sensation de brulûre sur toute la tête et le devant du cou. A la visite du matin, on reconnut une foule de taches d'un rouge vineux sur toute la figure ; dans la journée, ces taches, la démangeaison et la cuisson s'étendirent à la poitrine et aux membres thoraciques. Le lendemain, elles occupaient aussi le ventre. Le 3.e jour, les premières avaient déjà pâli ; mais il en était survenu aux membres inférieurs, qui descendirent graduellement jusqu'aux pieds. Ces taches, qui faisaient à peine relief à la surface du corps, étaient plus ou moins larges, irrégulières, tantôt confondues entr'elles, tantôt complètement isolées et d'un rouge en général très-vif. Elles ressemblaient tellement à la rougeole que l'idée de cette maladie se présenta tout d'abord ; mais il n'y avait eu ni fièvre, ni larmoiement, ni chaleur, ni douleur à la gorge, ni perte d'appétit, ni aucun autre changement dans l'état général de la santé. Ensuite, ces taches commencèrent à se dissiper d'une manière rapide, le 3.e ou le 4.e jour de leur apparition, et disparurent dans le même ordre où elles s'étaient présentées et sans desquammation. Avant de s'éteindre, elles ont du reste passé par diverses nuances : d'abord un peu livides, elles sont devenues d'un rouge plus clair, puis jaunâtres, puis encore plus pâles. S'il avait pu rester quelques doutes sur leur cause, la suite aurait finie par les dissiper. Effectivement, cet individu auquel on avait fait suspendre les bols anti-blennorrhagiques, s'avisa un soir, au bout de trois semaines, d'en avaler de lui-même une dose qu'il avait conservée. Dès le lendemain, sa première éruption reparut, et en même temps sur la face, le cou, la poitrine, le haut des bras et les cuisses, dont la peau était véritablement toute rouge. Cependant, cette fois, les taches ne se montrèrent pas aussi distinctes, et le tout disparut au bout de deux jours. (*Ibid.* n.° 65.)

Perforation de la vésicule biliaire et du duodénum par un

CALCUL; OCCLUSION DES INTESTINS PAR CE MÊME CALCUL; MORT. — Le 27 juin 1823, dit le D.r Howship, je fus appelé pour voir M.me J..., âgée de 52 ans, et depuis plusieurs années sujette à une constipation continuelle et à des retours fréquens d'une violente douleur dans la région de l'estomac. Ces douleurs étaient calmées par les préparations mercurielles, de légers toniques et les laxatifs. La malade se plaignait alors d'une violente douleur dans le creux de l'estomac, avec la sensation d'un poids énorme dans cette région, qui quelquefois la rendait extrêmement faible; elle dit que depuis quelques semaines elle était indisposée, extrêmement faible et sans appétit; elle était pâle, et le pouls à 80 pulsations. (Mixture ainsi composée: infusion de gentiane, ℥ v; décoction de quinquina, ℥ ij ss; teinture composée de quinquina, ℥ ss; sel d'Epsom, ℥ j. Trois cuillerées soir et matin.)

Le 28, la mixture fut d'abord rejetée, mais bientôt elle ne fut plus vomie, et la malade put prendre un peu de bouillon. La douleur de l'estomac avait diminué et s'était déplacée: elle occupait le côté droit du ventre. Cependant il existait toujours de la tension dans la région épigastrique. Il y avait eu une selle. Le 30, la malade avait pris une potion légèrement tonique dans laquelle entrait la teinture composée de camphre, et qui produisit du soulagement; le pouls s'éleva à 90; la peau et le visage reprirent une couleur naturelle, et la douleur du côté droit avait diminué. Le mieux se continua, et la malade cessa toute médication.

Au mois de mars 1824, cette dame fut prise d'une violente douleur dans le creux de l'estomac. Il y avait constipation, froid et pâleur de la peau, petitesse du pouls, qui donnait seulement cinquante pulsations. Plusieurs médicamens furent rejetés. Ces symptômes persistèrent le lendemain: un bain tiède fut prescrit pour le soir, mais la malade se sentit si faible qu'elle ne le prit pas. Le 16, un lavement laxatif fut administré, et une embrocation opiacée faite sur le siége de la douleur produisit un peu de soulagement et du sommeil. Le pouls était petit, à 80, la peau chaude et la langue nette. Les matières vomies étaient extrêmement bilieuses et quelquefois stercorales. Le 18, à chaque instant l'état de la malade empirait. Il était évident que par une cause quelconque rien ne pouvait passer dans les intestins ni séjourner dans l'estomac. Les matières rejetées par le vomissement étaient presque en totalité stercorales, et les lavemens ne parvenaient que dans la portion inférieure du gros intestin. Le docteur Hooper fut appellé en consultation, et divers médicamens furent mis en usage, mais les vomissemens stercoraux n'en continuèrent pas moins. Le 19, dix heures avant la mort, la malade prétendit se trouver mieux, mais dans la journée elle rejeta

par le vomissement trois pintes au moins d'un liquide stercoral, et vers le soir elle fut prise tout-à-coup de sueurs froides, avec refroidissement des extrémités, et elle succomba vers minuit.

Autopsie six heures après la mort. — L'ouverture pylorique était presque entièrement fermée ; du reste, l'estomac était sain. Le foie était également sain, mais cet organe était fortement adhérent au fond de la vésicule biliaire et à l'épiploon. Le duodénum ayant été fendu, on découvrit dans le point où cet intestin était adhérent à la vésicule, une ulcération large et frangée qui le faisait communiquer avec le réservoir de la bile, dont les parois étaient épaissies et resserrées, et dans le fond duquel se trouvait encore un petit calcul retenu par une contraction partielle des parois de la vésicule. Toute la cavité du duodénum et du jéjunum, considérablement dilatée, était remplie par un liquide stercoral semblable à celui qui avait été rejetté pendant la vie par les vomissemens. On découvrit, là où cessait la dilatation de ces intestins, un calcul biliaire d'un très-gros volume et solidement fixé. Cette concrétion, d'une forme ovale-aplatie, avait deux pouces en longueur, et un pouce et un quart dans son plus grand diamètre ; elle pesait 440 grains ; sa surface était inégale, et sa couleur d'un brun pâle. (Howship. *Practical remark upon indigestion*. Londres, in-8.°, p. 184.)

Blennorrhagie dont chaque retour s'accompagne de sciatique. — Un lieutenant de vaisseau eut, à l'âge de seize ans, une violente blennorrhagie qui dura plusieurs mois. Cinq ans plus tard il en contracta une nouvelle qui persista six à huit semaines, mais deux mois après il fut pris d'une violente sciatique du côté gauche, qui céda à l'usage des bains tièdes. Au bout de six années, nouvelle gonorrhée, pendant la durée de laquelle le malade s'embarqua : elle fut combattue par l'usage intérieur du calomel à petites doses. Pendant ce traitement il s'exposa au froid, et eut du même côté une nouvelle sciatique qui s'accompagna de mouvemens spasmodiques dans tout le membre. L'opium fut le seul médicament qui procura du soulagement. Ces symptômes persistèrent pendant deux ans, et ils étaient presque entièrement dissipés lorsque le malade contracta une nouvelle blennorrhagie qui fut très-violente, et pendant le stade aigu de laquelle la sciatique reparut. Il revint alors en Angleterre, où il fit usage, sans aucun succès, de médicamens variés. Dans ces circonstances on découvrit qu'il existait un rétrécissement dans l'urètre, pour lequel il se confia aux soins d'Everard Home. Aussitôt que ce rétrécissement eût été détruit par le caustique, la sciatique et tous les autres symptômes disparurent. Au bout de quelques années cet officier contracta une nouvelle blennorrhagie qui donna lieu aux mêmes symptômes, mais à un degré plus intense.

que dans les précédentes attaques. Ces symptômes résistèrent à l'usage de plusieurs espèces d'eaux minérales, et cédèrent au mercure. A la suite de cet écoulement il resta un haut degré d'irritation dans la vessie et dans l'urètre, qui devint le siége d'un rétrécissement spasmodique qui céda facilement à l'introduction de quelques bougies. (Everard Home, *Treatment of strictures in the urethra*. 2.ᵉ édit. T. II, p. 276.)

Thérapeutique.

Efficacité du seigle ergoté dans la leucorrhée; — *Obs. rec. par le docteur L.-G. Bazzoni.* — Convaincu par les résultats des expériences de Spajrani et de Hall, que le seigle ergoté exerçait une influence très-prononcée sur l'utérus, j'ai voulu voir jusqu'à quel point l'action de ce médicament serait efficace dans les cas de leucorrhée plus ou moins ancienne, affection si souvent rebelle à tous les moyens généralement usités. Voici les observations que j'ai recueillies.

Obs. I.ʳᵉ — Catherine N., âgée de 38 ans, meûnière, d'un tempérament lymphatique, mère de deux enfans, avait toujours été bien reglée. Elle eut un jour une frayeur très-vive, qui lui laissa quelque temps une agitation inaccoutumée : les règles, qui devaient paraître peu après, ne se manifestèrent pas, l'abdomen devint douloureux, avec nausées, céphalalgie, éruptions cutanées de diverses formes, fièvre continue rémittente. A l'époque menstruelle de la période suivante, les règles furent remplacées par un écoulement blanc très-abondant, accompagné de douleurs excessivement aiguës dans le bas-ventre, de vomissemens, etc., symptômes qui persistèrent cinq ou six jours, durée habituelle des règles. Le troisième mois, même écoulement blanc et mêmes douleurs, mais pendant un temps plus long. Enfin, le quatrième mois vit reparaître les mêmes symptômes, et depuis ce moment l'écoulement blanc fut continuel. La malade me cacha pendant quatre mois la cause réelle de ces symptômes, mais enfin vaincue par les douleurs intolérables qu'elle ressentait dans les lombes, la région sacrée et l'épigastre, douleurs auxquelles se joignaient l'anorexie, la lenteur et le trouble des digestions, la faiblesse des mouvemens, etc., elle me donna tous les détails qui précèdent. Je lui prescrivis la décoction *d'un gros* de seigle ergoté dans huit onces d'eau, à prendre en deux jours. Les douleurs et tout le malaise se dissipérent pendant l'administration de cette seule dose. Ses forces et son appétit revinrent, et le mois suivant les règles reparurent comme elles avaient toujours été avant la suppression.

Obs. II.ᵉ — Julie Négroni, âgée de 33 ans, d'un tempérament sanguin et irritable, était incommodée depuis plusieurs années par

une leucorrhée continuelle, quoique les menstrues fussent très-régulières et abondantes. Employée à fabriquer la toile, elle avait été affectée d'une inflammation chronique du foie et de l'estomac pour laquelle on avait mis en usage de nombreuses saignées générales et locales, ainsi que les autres moyens indiqués en pareil cas. Ce fut vers la fin du cinquième mois de durée de cet état et de ce traitement, quand les accidens étaient presque disparus, qu e la leucorrhée commença à se manifester, et dès-lors elle exista sans autre interruption que celle du temps des règles. Cet écoulement abondant survenant au milieu d'une convalescence longue et pénible, ne tarda pas à être suivi d'accidens nouveaux, tels qu'un sentiment d'anxiété continuelle, des palpitations douloureuses, des vomissemens fréquens, de la fièvre. C'est alors que le seigle ergoté en poudre fut prescrit à la dose d'un gros, divisé en huit prises, à prendre en deux jours. Après l'ingestion de la première prise, la malade se sentit tout-à-coup singulièrement agitée, avec douleurs abdominales, vomissemens, impossibilité de rester au lit, vertiges. Cet état dura une heure environ : malgré ces accidens, la seconde dose fut prise à l'heure indiquée, sans occasionner un malaise bien notable ; la troisième et la quatrième ne causèrent aucun effet particulier. Le lendemain je trouvai la malade très-gaie et pleine d'espoir ; l'écoulement était disparu ; et chose remarquable, il ne s'est plus montré depuis ce moment ; la santé s'est parfaitement rétablie, et aucun dérangement n'est survenu dans l'apparition ordinaire des règles.

Obs. III.ᵉ — Marie Stefana, âgée de 62 ans, d'une constitution assez débile, sujette aux affections rhumatismales et catarrhales, était incommodée depuis plusieurs années par un écoulement leucorrhéique qui, lorsque je vis cette malade, était accompagné d'un peu de toux, de douleurs épigastriques, d'une faiblesse extrême, et de fièvre chaque soir. Je conseillai la dose habituelle de seigle ergoté, et la première prise produisit, comme dans le cas précédent, des vertiges de deux heures de durée : néanmoins la malade acheva la dose entière aux heures prescrites. L'écoulement n'étant pas entièrement tari, la malade reprit une seconde dose dont l'effet fut très-prompt : depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie.

Obs. IV.ᵉ — Marie Degiacomi, âgée de 18 ans, d'un tempérament lymphatique, et analogue à celui des individus qui sont habituellement affectés de la pellagre (*abito pellagroso*), mal conformée, et réglée, mais fort mal, depuis l'âge de 13 ans, fut affectée à 16 ans d'une métrorrhagie qu'on combattit inutilement par des saignées répétées, et un grand nombre de médicamens. L'écoulement sanguin dura quatre mois, et peu-à-peu le sang fut remplacé par une leucorrhée qui ne tarda pas à amener avec elle un état de débilité très-pro-

noncé. Cette dernière maladie existait depuis trois mois sans interruption, quand je vis cette jeune fille : je prescrivis immédiatement le seigle ergoté à la dose et de la manière accoutumée, mais en poudre; il ne produisit pas de malaise notable, soit général, soit du côté de l'estomac seulement; la leucorrhée disparut sans qu'il ait fallu recourir à une seconde dose; une amélioration très-grande dans la santé en fut la suite, et tout annonce que les règles reprendront leur cours habituel à l'époque prochaine.

Obs. V.e — Angélique Degiacomi, âgée de 32 ans, d'un tempérament irritable, d'une constitution rachitique, très-adonnée aux plaisirs des sens, avait été affectée d'un prolapsus de l'utérus à la suite d'accouchemens nombreux et de plusieurs fausses-couches. Le col de l'utérus était tuméfié, douloureux au toucher, et dans le coït. Vers la fin de l'allaitement de son dernier enfant, elle fut obligée de faire un long voyage à pied par un temps froid et un vent violent. A son retour, elle éprouve une constipation opiniâtre accompagnée de douleurs dans le ventre, et surtout dans les aînes et la région lombaire : à ces symptômes succéda bientôt une métrorrhagie très-abondante qui dura douze jours environ. Rétablie en partie par le repos, la diète, et l'usage de boissons froides et mucilagineuses, elle recommença le même voyage. Les mêmes accidens en furent la suite; mais cette fois, des chagrins vinrent les aggraver, et depuis lors la malade fut affectée d'une leucorrhée continuelle. Elle vint me consulter au bout de deux mois; je prescrivis le seigle ergoté à la dose déjà indiquée, et malgré la disposition organique qui ne pouvait que rendre la maladie plus rebelle, un gros suffit pour la guérison.

Obs. VI.e — Magdelaine N...., âgé de 39 ans, d'un tempérament lymphatique, (*d'abito pellagroso*), affectée depuis sa jeunesse de maladies vénériennes, avait en outre une chute de matrice qui avait été la suite de plusieurs accouchemens très-laborieux. On employa inutilement tous les moyens conseillés, en pareil cas, pour maintenir l'organe déplacé. Cette femme naturellement négligente, et ne soupçonnant pas la gravité de sa situation, n'en continua pas moins ses occupations ordinaires, fit de longues courses à pied, et se livra avec autant d'abandon qu'auparavant à l'acte du coït. Toutes ces causes répétées d'irritation donnèrent lieu à plusieurs atteintes de métrite très-intense qui mirent la malade en danger de mort. A la suite de ces inflammations successives, l'utérus acquit un volume tellement considérable, qu'il occupait une grande partie de la cavité du ventre.

Depuis six ans les règles étaient devenues très-irrégulières, elles alternaient avec une leucorrhée abondante, et depuis deux ans le

flux leucorrhéique était souvent mêlé d'un liquide blanc, fétide, qui dénotait que l'utérus était le siège d'une désorganisation ulcéreuse. Cette opinion était, selon moi, fortifiée encore par des douleurs très-aiguës que causait le toucher, et par des vomissemens et une diarrhée, accompagnés de fièvre continue. Après avoir épuisé tous les moyens externes et internes propres à calmer les vives souffrances de la malade, je voulus, mais sans aucun espoir de réussite, essayer le seigle ergoté; je lui fis administrer en décoction, car elle n'eût pu le prendre en substance. Quelle ne fut pas ma surprise en voyant que ce médicament, qui passa d'ailleurs très-bien, fit diminuer de beaucoup l'écoulement, et que pendant huit ou dix jours la malade éprouva un calme inaccoutumé. Je renouvellai la dose de seigle ergoté, mais les effets en furent moins marqués à ce second essai; aussi je n'insistai pas davantage craignant qu'il n'en résultât ensuite quelques inconvéniens.

Ainsi, dans ce cas, malgré l'altération profonde de l'utérus, on a vu que le seigle ergoté avait également exercé sur cet organe une influence incontestable. Aussi cet exemple me semble-t-il des plus concluans, comme démonstration de l'action de cette substance sur le système utérin. Je suis convaincu que si la maladie n'avait pas été aussi avancée, et accompagnée d'une désorganisation aussi étendue, ce médicament aurait eu une efficacité capable d'en prévenir le développement.

Obs. VII.e Marie Ghisetti, âgée de 22 ans, d'un tempérament irritable, accoucha heureusement d'une fille la seconde année de son mariage. Dans les derniers mois de son allaitement, son mari ayant été atteint d'hémopthysie avec fièvre, cette femme lui prodigua les soins les plus assidus pendant six mois; mais des inquiétudes continuelles, jointes à une fatigue extrême, amenèrent beaucoup de dérangement dans le flux ordinaire des règles, et enfin, bien qu'elles parussent à des époques assez régulières, elles alternaient avec une leucorrhée excessivement abondante. La malade recourut au seigle ergoté, à la dose prescrite, et sa santé fut bientôt parfaitement rétablie.

Obs. VIII.e N. N., âgée de 26 ans, d'un tempérament excitable, sujette à des douleurs rhumatismales, et à une coxalgie, après avoir été réglée pendant un an, de manière que les menstrues revenaient de dix jours en dix jours, fut en outre affectée d'une leucorrhée qui durait pendant tout l'intervalle des règles. Cette malade vint réclamer mes soins, et je lui prescrivis immédiatement la poudre de seigle ergoté. L'ingestion du médicament fut suivie de quelques vertiges, mais la leucorrhée disparut de suite, et l'écoulement des règles reprit le cours périodique qu'il avait auparavant.

Tel est le résumé des observations que j'ai recueillies sur l'action du seigle ergoté; en rapprochant ces faits de ceux que Hall et Spajran ont publiés sur les effets de cette substance dans certaines hémorrhagies, je pense qu'on peut en déduire les conclusions suivantes :

1.° Le seigle ergoté est un médicament dont l'action est prompte et efficace contre les hémorrhagies et la leucorrhée; il est rare qu'on ait besoin de recourir à une seconde dose pour obtenir ce résultat, mais cependant il peut être utile d'en prescrire l'administration pour consolider la cure.

2.° Les accidens qui résultent quelquefois de l'ingestion de cette substance ont trop peu de gravité et de durée, pour qu'ils puissent empêcher d'administrer ce médicament aux doses qu'il convient.

3.° Quels que soient le tempérament ou la constitution du malade et son idiosyncrasie particulière, le médicament est toujours également efficace.

4.° Les observations qui précèdent ont fait voir dans quels cas variés ce moyen était utile, que l'hémorrhagie et la leucorrhée soient actives ou passives; cependant il est plus spécialement indiqué, et plus sûr dans son action, dans les cas où il n'existe pas de symptômes d'irritation trop prononcés.

5.° L'influence du seigle ergoté sur l'utérus est tellement directe, qu'elle s'exerce lors même que cet organe est profondement altéré.

6.° Cette action paraît porter spécialement sur les vaisseaux de l'appareil utéro-vaginal, dont elle modifie presqu'immédiatement la condition pathologique, sans toutefois troubler en rien un flux menstruel régulier. (*Annali univers. di med.*; mars, 1831.)

Observations nouvelles sur l'emploi du seigle ergoté contre les hémorrhagies actives; *par le docteur A. Cabini.* — Le docteur Spajrani est, comme on sait, le premier qui ait essayé et constaté l'efficacité du seigle ergoté contre toute sorte d'hémorrhagies actives. Les exemples qu'il a rapportés ne peuvent laisser le moindre doute sur les effets avantageux de cet agent thérapeutique. Le docteur Pignacca est venu confirmer déjà ces résultats par de nouveaux faits. (Voy. *Annali univers. di med.*; mai et juin, 1830.) C'est dans le même but, et pour ajouter, s'il est possible, à cette démonstration, que je publie aussi les observations suivantes :

Obs. I.re — Métrorrhagie. — Vers la fin d'avril 1830, je fus appelé dans la soirée pour donner des soins à une femme âgée de 30 ans. Elle était d'une constitution robuste, mariée depuis plusieurs années sans avoir encore eu d'enfans, et jusqu'alors ayant toujours joui de la meilleure santé. Elle me rapporta que ses règles, qui sont habituellement fort abondantes, mais très-régulières, touchaient à leur terme, lorsqu'après s'être livrée à des travaux très-

pénibles, elle fut prise d'un sentiment de tension douloureuse avec chaleur dans la région lombaire, et d'une torpeur des membres inférieurs accompagnée d'un malaise général qui la contraignit à garder le lit; que peu de temps après un écoulement de sang très-abondant avait eu lieu par le vagin, et qu'il continuait d'exister ainsi sans interruption depuis deux jours.

La malade était inquiète, la face pâle, les yeux caves, la langue blanchâtre, soif assez grande, pouls dur et fréquent, l'abdomen et les lombes très-douloureux à la pression; le sang qui ne cessait de couler du vagin, était d'un rouge vif, et se coagulait rapidement. Les antécédens de la malade et son état présent ne me laissant aucun doute sur une hémorrhagie active, je prescrivis les boissons froides et acidulées, l'ipécacuanha à doses fractionnées, la glace sur l'hypogastre. Ces moyens furent mis en usage sans interruption pendant toute la soirée et toute la nuit, et le lendemain matin je retrouvai la malade dans le même état que la veille. Je prescrivis alors immédiatement le seigle ergoté : deux scrupules divisés en cinq parties, à prendre de quart-d'heure en quart-d'heure. Cette dose n'était pas encore entièrement administrée quand je revins près de la malade : déjà l'hémorrhagie était arrêtée ainsi que je pus m'en assurer directement. Les jours suivans la faiblesse générale se dissipa graduellement, et cette femme ne tarda pas à reprendre ses occupations ordinaires. Elle jouit maintenant d'une parfaite santé.

Obs. II.e — Métrorrhagie. — Une paysanne âgée de 34 ans, d'une constitution délicate, et qui avait eu plusieurs accouchemens très-heureux, était restée souffrante pendant cinq années à la suite d'une métrorrhagie qui fut causée par une chute sur les fesses. Depuis lors la menstruation devint très-irrégulière, et elle n'eut plus de nouvelle grossesse. Dans le courant d'août, après un long voyage dans une voiture mal suspendue, elle fut de nouveau atteinte de la même hémorrhagie; l'écoulement était très-abondant. Pour combattre le mal, elle fit d'abord usage de vin généreux, et prit des alimens très-fortifians; mais deux jours se passant sans que la perte diminuât d'abondance, elle me fit appeller. Je trouvai le pouls vif et fréquent, la peau extrêmement sèche, le ventre douloureux, une agitation générale très-grande, et de temps en temps des vomissemens de débris d'alimens non digérés : le sang qui s'écoulait du vagin se coagulait rapidement. Sans autre préparation, je prescrivis sur le champ un gros de seigle ergoté en poudre, divisé en huit doses, à prendre de deux heures en deux heures. L'action de ce médicament fut si prompte que l'hémorrhagie était arrêtée complètement avant que la dose entière n'eût été prise, et elle ne reparut plus. Cette femme garda ensuite le repos pendant quelques jours, et l'em-

ploi de quelques légers purgatifs hâtèrent le retour de sa santé, qui ne s'est pas démentie depuis.

Obs. III.e — MÉTRORRHAGIE. — Une femme âgée de 29 ans, d'un tempérament très-irritable, après avoir fait successivement quatre fausses-couches entre le troisième et le quatrième mois, arriva enfin jusqu'au septième mois d'une cinquième grossesse, et accoucha heureusement à cette époque d'une fille bien développée. Devenue enceinte une sixième fois, elle avorta comme dans ses quatre premières grossesses, du troisième au quatrième mois. Elle était en convalescence de cette dernière fausse-couche, depuis un mois, et sa santé commençait à revenir, lorsqu'un jour, à la suite d'un violent accès de colère, elle fut atteinte d'une hémorrhagie utérine tellement considérable, qu'elle eut succombé inévitablement, si l'on n'eût pas porté de prompts secours. Un gros de seigle ergoté fut administré immédiatement en six doses et en peu de temps. L'écoulement du sang fut arrêté presqu'aussitôt, et je ne doute pas que la malade n'ait dû la vie à l'action de ce médicament.

Obs. IV.e — EPISTAXIS.—La femme d'un tisserand, âgée de 35 ans, mère de deux enfans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'à la suite de chagrins domestiques très-pénibles, elle fut prise, dans le cours de juillet dernier, d'une fièvre quotidienne rémittente, qui s'accompagua au bout de quelques semaines de durée, des symptômes suivans : face bouffie, d'un jaune pâle, gencives gonflées et tuméfiées qui laissent écouler du sang au moindre contact; taches noires pourprées répandues sur tout le corps, mais plus multipliées sur le cou, les parties supérieures du tronc, des bras et des cuisses. Pouls plein, irrégulier, plus fréquent que dans l'état naturel. La malade avait essayé, depuis le commencement, une foule de moyens différens, quand elle fut prise brusquement d'une épistaxis très-abondante qu'elle considéra d'abord comme l'annonce d'une prochaine guérison. Mais voyant que l'hémorrhagie, qui s'était prolongée sans interruption toute la journée, avait duré toute la nuit suivante sans s'arrêter davantage, et sentant ses forces s'affaiblir sensiblement, on me fit appeler. J'arrivai lorsqu'un chirurgien qui m'avait précédé, venait d'employer inutilement tous les topiques astringens conseillés dans pareil cas. Le danger devenait pressant ; je prescrivis et fis administrer incontinent un gros de poudre de seigle ergoté, divisé en six doses, dans l'espace d'une heure. Trois prises étaient à peine données, qu'il y avait déjà une diminution notable dans l'écoulement du sang, et quand la dose entière eut été administrée, l'hémorrhagie était tout-à fait arrêtée. Après qu'on eût laissé reposer pendant quelque temps la malade, on lui fit prendre quelques consommés, et des fécules pour potages les jours suivans. Les forces revenant nota-

blement, je combattis les accidens antérieurs par l'usage du nitre continué pendant trois semaines, au bout desquels la santé était entièrement retablie.

Obs. V.e — *Épistaxis.* — Un jeune homme âgé de 22 ans, d'une constitution robuste, avait toujours joui d'une santé parfaite, quoiqu'il fît abus de vin et de liqueurs spiritueuses. Dans le courant de l'automne 1830, il fut affecté de temps en temps d'hémorrhagies nasales. Continuant néanmoins sa vie déréglée, l'épistaxis reparut plus souvent et chaque fois plus abondamment, de telle sorte qu'elle durait depuis plusieurs heures le jour où je fus appelé. Je n'observai d'autre symptôme avec l'épistaxis qu'une très-grande fréquence du pouls. Je prescrivis aussitôt un demi-gros de seigle ergoté en poudre, à prendre en une heure en quatre doses. L'effet en fut prompt, et l'hémorrhagie s'arrêta : je conseillai en outre des boissons froides, des alimens en petite quantité, et surtout de s'abstenir du vin pendant quelques jours au moins. Ce régime améliora singulièrement la santé, mais cette vie sobre et régulière ne fut pas de longue durée. Nótre homme recommença ses excès habituels, et l'hémorrhagie nasale reparut plus abondante encore qu'auparavant. Le seigle ergoté l'arrêta de nouveau très-rapidement. Cette rechute lui fit sentir le besoin de continuer de vivre sobrement, et depuis lors l'épistaxis ne s'est pas montrée.

Obs. VI.e — *Hématémèse.* — Une jeune villageoise de 26 ans, d'un tempérament bilieux, avait toujours éprouvé beaucoup d'irrégularité dans sa menstruation depuis sa puberté. Cependant sa santé s'était très-notablement améliorée depuis sa vingtième année, lorsque, dans le courant d'octobre, en se levant un matin, elle ressentit tout-à-coup une pression très-forte et douloureuse dans la région épigastrique, qui fut suivie après quelques minutes de durée, de nausées prolongées, et enfin de vomissemens de plusieurs onces d'un sang vermeil. Cet accident s'étant renouvellé à diverses reprises dans la journée, et continuant le lendemain, elle me fit appeler. La malade avait eu ses règles dix jours auparavant. Je la trouvai avec un pouls plus fréquent que dans l'état de santé, et incommodée de nausées continuelles et d'un poids énorme à l'épigastre. Je prescrivis un demi-gros de poudre de seigle ergoté à prendre par petites doses, dans un court espace de temps. Un nouveau vomissement de sang eut lieu, mais moins violent et moins abondant; immédiatement après, tous les symptômes existant jusque-là diminuèrent peu-à-peu d'intensité, et disparurent complètement. La santé de cette jeune fille fut rétablie complètement.

Obs. VII.e — *Pneumorrhagie.* — Un jeune homme robuste, âgé de 19 ans, se fatigua beaucoup dans un des jours d'octobre dernier,

en portant des sacs de grain. Le soir, comme il se sentait très-abattu, il prit peu de nourriture et se coucha peu après. Mais il était à peine dans son lit qu'il fut pris tout-à-coup d'une toux très-violente, presque continue, qui fut suivie de crachats très-abondans de sang pur. Effrayés en voyant cet accident, ses parens me firent appeler aussitôt. Je trouvai le malade dans un état d'anxiété fort pénible, avec dyspnée très-grande, augmentée par une toux répétée, accompagnée de crachemens de sang rouge, écumeux. Le pouls était dur, fréquent, un peu déprimé. Je prescrivis une saignée abondante et des boissons froides acidulées. Je revis le malade au bout de deux heures; son état était à-peu-près toujours le même, seulement la circulation était plus facile. Je fis prendre alors un gros de poudre de seigle ergoté, en six doses, de dix minutes en dix minutes. Le remède agit efficacement et promptement; car, contre toute attente, l'hémorrhagie s'arrêta entièrement. Ls lendemain matin, le malade était tranquille, sans toux, avec une respiration libre et facile, le pouls presque comme dans l'état de santé. Je recommandai pendant quelques jours l'usage de crême de tartre, à petites doses, des boissons froides, des alimens légers et en petite quantité, un repos absolu. En peu de temps notre jeune homme fut dans le cas de reprendre ses travaux habituels. (*Annali universali di Med.*, mars 1831.)

HYDROCÈLE, PONCTION SUIVIE D'ÉPANCHEMENT DE SANG DANS LA TUNIQUE VAGINALE. — En 1822, M. Macilwain pratiqua la ponction pour une hydrocèle, sur un homme âgé d'environ 70 ans : une pinte de liquide sortit par la canule, et lorsqu'on retira celle-ci, il s'écoula deux ou trois gouttes de sang. Le lendemain de l'opération le malade se présenta au docteur Macilwain, avec une tumeur du scrotum presque aussi volumineuse qu'avant la ponction; elle présentait une couleur bleue livide, due à du sang épanché sous la peau; épanchement qui s'étendait jusqu'à la racine de la verge et jusque dans les aînes. Croyant que cette tumeur était formée par de la sérosité nouvellement épanchée, et que l'absorption reprendrait le sang infiltré dans le scrotum, l'auteur prescrivit le repos au lit et quelques purgatifs. Au bout de deux jours la couleur noirâtre du scrotum avait presque disparu, ce qui démontrait que déjà une partie du sang avait été résorbée; toutefois la diminution de la tumeur n'était pas considérable. A la même époque il survint de la fièvre avec quelques accès de délire. Il se forma sur la partie la plus saillante de la tumeur une escarre circulaire, à travers laquelle on fit sortir, au moyen d'une légère pression, environ huit onces de sang. Des fomentations froides furent appliquées sur la tumeur, la plaie guérit rapidement, et il ne se fit aucun nouvel épanchement de sang ni de sérosité. La fièvre parut dépendre d'un dérangement des intestins

qui céda à un traitement approprié. (Macilwain. *Surgical observations*, etc., *Londre* 1830. 8.° p. 270.)

Aménorrhée, accidens déterminés par l'emploi des emménagogues. — La dame S... d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux, avait passé son enfance dans un état continuel de faiblesse : dès l'âge de sept à huit ans, elle éprouvait des lassitudes, des syncopes ; le moindre mouvement gênait sa respiration ; elle avait un goût particulier pour le charbon, la poussière et en général pour toutes les substances absorbantes. A quinze ans, chlorose, perte de l'appétit, recherche de la solitude, mélancolie, larmes involontaires. Bientôt accès hystériques, annoncés par des coliques utérines violentes et marqués par des mouvemens convulsifs, la perte de connaissance et le sentiment d'une boule qui semblait partir de l'abdomen et remonter jusqu'au larynx, où elle produisait la suffocation ; fréquence toujours croissante des accès. Enfin, la première menstruation arriva à 17 ans et demi, après une saignée de pied et des coliques insupportables ; elle dura cinq jours et fut assez abondante. Trois mois se passèrent sans que les règles reparussent, mais amélioration sensible dans l'état de la malade, cessation de l'hystérie avec les symptômes chlorotiques. Retour des forces, et redressement progressif de la colonne vertébrale qui était déviée.

A cette époque, seconde menstruation précédée de coliques, mais venues spontanément. Le second jour, coup violent sur la mamelle droite, douleur vive, syncope et suppression ; aussitôt lassitude, céphalalgie, pesanteur de tête, somnolence, perte d'appétit, suffocation toutes les nuits et retour des accès hystériques. Le mois suivant, à l'époque des règles, accroissement des symptômes et invasion d'une fièvre tierce. Le médecin, à qui la malade cachait sa suppression, traita la fièvre par le quinquina, mais elle résista opiniâtrement au spécifique et se prolongea pendant quatre mois. Enfin, la malade avoua sa maladie première. Aussitôt emménagogues irritans prodigués sans discrétion ; infusion d'armoise, de rhue et de sabine pour boisson habituelle, les mêmes plantes à prendre à jeun le matin, dans du café ; pédiluves alcalins, vin chalybé. Pendant l'usage de ces remèdes, coliques utérines atroces, douleurs lombaires intolérables ; fièvre continue avec paroxysmes, accompagnée de délire, agitation incroyable ; insomnie absolue. Au bout de deux mois ménorrhagie violente, sang s'échappant par torrens, inondant tous les matelats, accroissement excessif des douleurs lombaires, syncopes extrêmement fréquentes.

Alors on changea le traitement : les astringens et les réfrigérans furent employés ; mais la perte n'en dura pas moins vingt-huit jours avec la même abondance ; à cette époque elle commença

à diminuer et cessa entièrement huit jours après, la malade étant réduite à une faiblesse extrême; cependant un régime restaurant lui rendit insensiblement les forces, et la menstruation devint à-peu-près régulière. (L. E. Soyer, *Essai inaug. sur l'aménorrhée.* Paris, 1831. n.° 12. p. 26.)

Académie royale de Médecine. (Octobre et Novembre.)

Séance du 4 octobre. — VACCINE. — Tableaux des vaccinations effectuées dans les départemens de la Sarthe, de l'Indre, de Seine-et-Oise, de Lot-et-Garonne, des Pyrenées orientales, de la Somme, et de l'Allier. Sarthe : naissances, . 11,830; vaccinations, 4,274; varioles, 117; morts de cette maladie, 5; Indre, naissances, 8,004; vaccinations, 3,450; Lot-et Garonne : naissances, 7,759, vaccinations, 6,192; varioles, 202; morts de cette maladie, 33; Somme, naissances, 13,524; vaccinations, 6,017; varioles, 12; morts de cette maladie, 2; Allier, naissances, 6,568; vaccinations, 3,813; varioles, 35; morts de cette maladie, 2; dans le département de Seine-et-Oise, M. le docteur Boucher de Versailles a effectué à lui seul 1,466 vaccinations.

HUILE DE CAJEPUT DANS LE CHOLÉRA MORBUS. — M. le secrétaire lit une lettre de M. Lemare-Piquot, sur l'emploi de l'huile de cajeput dans le choléra : dans cette lettre, l'auteur dit : que l'infaillibilité si vantée de cette huile dans le choléra est une chimère; que dans l'Indoustan, cette huile est rejettée du traitement du choléra, comme incendiaire et propre à ajouter à l'irritation de l'estomac et des intestins; que les malais, javanais, chinois, ne l'employent jamais qu'à l'extérieur contre les rhumatismes chroniques; qu'enfin cette huile est d'autant plus dangereuse qu'elle est presque toujours combinée à un oxyde de cuivre. M. Lodibert rappelle les travaux de J. Ant. Adam et de M. Guibourt sur l'huile de cajeput; la vraie vient de l'île d'Amboine, et la fausse de l'Inde; placée dans des enveloppes de cuivre appellées estagnons, ce métal s'y unit et la teint en vert; en Hollande, on la distille, et elle prend alors une belle couleur jaune citron. M. Caventou assure que la quantité de cuivre que contient l'huile de cajeput est très-petite, et équivaut à peine à 1/22 de grain par gros; selon lui, la couleur verte de l'huile de cajeput tient surtout à un principe végétal particulier. M. Boullay fait remarquer qu'au premier bruit de l'utilité de l'huile de cajeput dans le traitement du choléra, on s'est hâté d'accaparer ce qui s'en trou-

vait dans le commerce; mais que des spéculateurs en ont fabriqué de toutes pièces des quantités considérables : il appelle sur ces falsifications toute la surveillance de l'autorité, et spécialement de l'école de pharmacie.

SERINGUE DITE INFIRMIÈRE. — M. Thillaye, au nom d'une commission, fait un rapport sur une nouvelle seringue inventée par un élève interne de l'hospice des Quinze-Vingts : selon lui, cette seringue, qui ressemble au soufflet hydrostatique de S'Gravesende, ne présente rien qui puisse la faire préférer à la seringue ordinaire à piston : elle serait même plus prompte à se détériorer, et plus coûteuse à réparer.

ELECTION D'UN TITULAIRE. — Sanction par le Roi de l'élection de M. Reveillé-Parise, comme titulaire de la section ou classe de pathologie chirurgicale.

Séance du 11 *octobre*. — STRYCHNINE DANS LE CHOLÉRA-MORBUS. M. Marc communique une note sur l'emploi qu'un médecin français, M. Dreyfus, a fait de la strychnine dans le choléra-morbus; il l'a appliquée à la dose de 2 à 3 grains sur la peau de la nuque dénudée d'épiderme; il a été conduit à cet emploi : 1.° par la pensée que le choléra-morbus était une maladie de la moelle épinière; 2.° parce que l'inflammation du rachis a été observée par M. le docteur Baratinski sur sept cholériques. M. Double objecte que cette inflammation du rachis n'a été signalée dans 47 ouvertures de cholériques que sur sept. — M. Emery remarque que, selon que la plaie du vésicatoire sera ancienne ou récente, la dose de strychnine employée sera sans effet, ou sera dangereuse. — M. Guibourt assure que dans l'Inde on emploie le bois de couleuvre ou strychnos colubrin contre le mordexin. M. Segalas dit avoir reconnu dans des expériences, que la strychnine et l'extrait alcoolique de noix vomique agissant plus sur les animaux que sur l'homme, sont plus facilement absorbées lorsqu'on les applique sur la région dorsale, que sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen ainsi que dans les voies aériennes et le tube digestif; et que ces deux substances agissent spécialement sur la moelle de l'épine.

CHOLÉRA. — M. François communique une lettre de M. Sandras, un des commissaires de l'Académie en Pologne; elle est datée de Berlin, 1.er octobre : il y est dit; que le choléra perd de son intensité, à mesure qu'il arrive en des pays plus civilisés; que cette maladie n'est pas contagieuse, et que les mesures préservatives sont plus nuisibles qu'utiles : M. Sandras s'élève surtout contre les lazarets, dans lesquels les quarantaines sont trop entassées, dont le régime est mauvais, et où ne pénètrent les médecins qu'après les plus minutieuses précautions.

M. Chamberet, médecin de Lille, et envoyé par le ministre de la

guerre en Pologne, pour y étudier le choléra, donne verbalement sur la maladie les détails suivans : la maladie est parfaitement identique au choléra indien ; sa mortalité est, terme moyen, de 50 pour 100. Les causes prédisposantes sont la misère, la mauvaise nourriture, la mauvaise disposition des logemens, la manque des vêtemens, etc. Les causes déterminantes sont l'abus des liqueurs et des alimens; on a remarqué en Pologne, que le jour de la distribution des vivres au soldat, il y avait cinq à six fois plus de morts que les autres jours. Si le mal a été très-rapide, on ne trouve nulle lésion de tissus. Dans le cas contraire, on trouve des traces de phlogose à l'estomac et au rectum; la teinte que présente l'estomac varie du rouge cerise au rouge vineux, au rouge brun ; les liquides vomis sont pultacés, homogènes, gris, quelquefois verdâtres; même couleur de l'intestin grêle et du gros intestin ; et une sorte de couche muqueuse adhère à sa membrane interne. Le foie est mou ; sa membrane séreuse se sépare facilement; ses vaisseaux sont gorgés d'un sang noir, et la vésicule biliaire est pleine d'une bile épaisse et d'un rouge brun. Les vaisseaux mésenteriques sont aussi gorgés de sang noir. Vessie vide, contractée, réduite au volume d'une noix; quelquefois enduite d'une matière blanchâtre et caséiforme. Reins mous. Dans la tête, vaisseaux de la dure-mère et de l'arachnoïde gorgés de sang; substance cérébrale très-pointillée de gouttelettes et tantôt plus dure, et tantôt plus molle. Dans le rachis, membranes injectées, et épanchement de sérosité limpide ou sanguinolente. Invasion subite, au milieu de la santé la plus florissante, à la suite d'un repas, dans le cours de la nuit. Au début, anxiétés comparables à celles du mal de mer ; mort en 1, 2, 3 jours ; au-delà, espoir de guérison ; convalescence longue, difficile, et quelquefois survient une autre maladie qui peut être mortelle, ou une gastro-entérite, ou une céphalite. Quelquefois, terminaison par une diarrhée chronique qui dure deux mois. Dans le cours du mal, on ne voit ni rémission, ni paroxisme. Le traitement a été varié ; tout médicament a paru à la fois avoir du succès, et augmenter la mortalité de 10 pour 100 : sur 22 malades traités par le bismuth, 20 sont morts ; sur 30 traités par le calomel, 18 sont morts, 12 ont guéri. En Pologne, on a employé, d'abord les antiphlogistiques, une ou deux saignées ; puis, une infusion aromatique, de la limonade très-chaude; avec cette méthode, la mortalité des juifs n'a pas été de 50 pour 100 : en outre, frictions, soins d'envelopper les malades dans des couvertures très-chaudes. D'abord, la maladie fut très-contagieuse, s'étant développée après une grande bataille ; on la considéra comme importée par les Russes ; mais depuis on ne l'a pas vu se propager d'homme à homme ; par exemple, des malades aux médecins, chirurgiens, infirmiers. On a même vérifié qu'il y avait eu déjà des choléras dans l'armée Polonaise, avant

la bataille. On a essayé l'inoculation, mais l'opération a été sans résultat. On croit avoir observé quelques exemples de transmission ; celle-ci n'a pas toujours suivi les grandes routes ni les fleuves. L'opium, le camphre, le castoréum, la serpentaire, le sel ordinaire, l'éther, l'ammoniaque, ont aussi été employés. Jamais M. Chamberet n'a vu employer la strychnine. Ce médecin répète qu'à partir de l'oreillette droite du cœur jusqu'aux radicules veineuses, tout est plein d'un sang noir, plus épais, solide : il termine en disant que, d'après les observations de M. Kallowski, médecin en chef de l'armée Polonaise, la mortalité est à-peu-près la même, que le choléra soit laissé à lui-même ou combattu par les moyens de l'art.

L'Académie maintient la commission qu'elle avait instituée pour faire des recherches sur le choléra, et y adjoint M. Londe, un de ses commissaires, revenu de Varsovie.

Litholabe. — M. Hervez de Chégoin fait un rapport sur des modifications faites au litholabe par M. Ashmead, de Philadelphie, et qui ont pour objet, la pierre une fois saisie, de la retourner sans qu'elle tombe, et de rassembler les fragmens qu'elle forme quand elle est brisée. Ces modifications, dit le rapporteur, ont besoin d'être sanctionnées par l'expérience.

A la fin de la séance, l'Académie s'est formée en comité secret pour affaires d'administration.

Séance du 18 octobre. — Lithotritie. — M. Leroy d'Étiolles écrit une lettre sur l'emploi de la lithotritie dans les cas de pierres volumineuses. Le volume considérable d'un calcul est sans doute souvent un obstacle à l'emploi de la lithotritie, mais moins que ne l'est un état morbide de la vessie. C'est principalement quand cet organe est hypertrophié ou irritable au point de se contracter par l'effet de la présence des instrumens et des injections, et quand il y a gonflement de la prostate, que la lithotritie n'est pas applicable ou est appliquée sans succès. On peut, dans une vessie saine, broyer un calcul, même volumineux. M. Leroy a réussi en trente séances, sur un calcul qui avait le volume d'un gros œuf de poule. Un autre calcul qui avait 21 lignes dans son diamètre antéro-postérieur, a été broyé en huit séances.

Choléra-morbus. — M. Marc communique une lettre de M. le docteur Steffen, datée du 25 septembre, de Stettin, et qui contient les détails suivans sur le choléra-morbus. Cette maladie a éclaté à Stettin vers la fin du mois d'août, à la suite de diarrhées simples ou avec vomissement, qui avaient régné le printemps : la saignée, le calomel, l'opium, le camphre, l'ipécacuanha, le castoréum, le bismuth, ont été sans effets : les seuls moyens qui ont réussi sont les bains de vapeurs, et l'ammoniaque caustique donné à l'intérieur

toutes les heures, à la dose de 15 à 20 gouttes, dans une décoction de gruau ou une émulsion huileuse combinée à des antispasmodiques ou des excitans. Tantôt il y a eu guérison complète en peu de jours; tantôt, après le choléra, s'est développé une fièvre gastrique nerveuse qui quelquefois a affecté un caractère typhoïde, et a enlevé les malades.

M. Marc communique une autre lettre de Berlin, dans laquelle il est dit que le choléra a été introduit par les Russes dans la Prusse orientale; que la maladie, peu grave dans le nord de la Russie, est plus meurtrière en Gallicie et Hongrie; qu'elle le sera plus à Vienne qu'à Berlin, plus en Italie qu'en France; qu'enfin le mal est contagieux, mais seulement dans de certaines conditions. M. Marc informe encore l'Académie de l'apparition du choléra-morbus à Hambourg: il y a été introduit, dit-on, par des matelots qui en ont infecté des filles publiques.

Analyse des œufs, muscles et arêtes de l'orphie, *esox belone* (Lin.), *belone vulgaris* (Cuvier). — Mémoire de M. Germain, pharmacien à Fécamp; rapport de M. Laubert. — L'orchie est un poisson de l'ordre des holobranches abdominaux, de la famille des liagoustes, qu'on pêche sur les côtes de la Manche, depuis le commencement d'avril jusqu'à la fin de juin. Il se fait remarquer par la couleur verte de ses arêtes, couleur que quelques-uns ont attribuée à la cuisson, qui, selon MM. Cuvier et Germain, est adhérente à l'organisation de ce poisson; selon ce dernier, elle est due à du fer à l'état de phosphate ou plutôt d'hydrate, qui incruste le tissu osseux de l'arête. L'analyse qu'a faite M. Germain, des œufs et des muscles de ce poisson, prouve, qu'outre les principes que M. Vauquelin avait trouvés dans les œufs de brochet, savoir, matière huileuse, substance analogue à la gélatine; hydrochlorates de potasse, de soude et d'ammoniaque; phosphates de potasse, de chaux et de magnésie, sulfate de potasse; il y a de plus dans ceux de l'orphie de l'osmazome, du mucus ou fibre animale, et peut-être un peu de soufre.

Fistule vésico-vaginale. — M. Dugès lit une observation de fistule vésico-vaginale. A l'occasion de cette observation, il parle d'un instrument qu'il a imaginé pour servir d'obturateur à l'ouverture fistulaire. M. Capuron ne croit à la guérison spontanée des fistules vésico-vaginales, que lorsque la fistule est placée près du canal de l'urètre, peu étendue, récente, non calleuse, ou succédant à une déchirure de la vessie; il croit ces fistules difficiles à guérir aussi par les moyens de l'art, tels que sutures, cautérisations avec le feu ou le nitrate d'argent fondu, et il regarde la fistule comme incurable quand elle est située très-profondément.

OBLITÉRATION DES ARTÈRES FÉMORALES. MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — M. Boullay jeune lit une observation de claudication intermittente dans un jument de six ans, claudication qui revenait brusquement après un exercice de quelques minutes, à laquelle l'animal a succombé, et qui avait pour cause une oblitération des artères fémorales : tant que l'animal était en repos, le sang pouvait arriver aux membres par les collatérales ; mais dès qu'il trottait ; les collatérales comprimées ne fournissaient plus assez de sang, et les membres étaient frappés d'un engourdissement et d'une douleur profonde. Les muscles de la cuisse étaient pâles, décolorés, plus consistans que dans l'état naturel, et évidemment altérés.

Séance du 25 octobre. — CHOLÉRA-MORBUS. — M. Marc communique une lettre du docteur Horn, de Berlin, sur le choléra-morbus. Cette maladie est moins grave à Berlin qu'elle ne l'a été ailleurs. Du 31 août au 5 octobre, il y a eu 1100 malades, dont 694 malades sont morts, 233 ont guéris, et 173 sont encore en traitement. Chez la plupart des malades, il y a eu des causes occasionnelles, comme écarts de régime, refroidissemens, coliques, diarrhées négligées, etc. ; et la plupart habitaient des rues obscures, des maisons basses, voisines de l'eau. Le mal n'a pas paru se transmettre par contagion, et souvent a été guéri. Le roi de Prusse a prescrit une vie réglée, un régime convenable, l'usage des ceintures de laine. — M. Desgenettes donne quelques détails sur la topographie de la ville de Berlin, partagée en deux par la Sprée ; tandis que dans l'ancienne ville les rues sont étroites, mal aérées, mal éclairées, les maisons mal construites ; dans la nouvelle les rues sont larges, les maisons spacieuses et entremêlées de grands jardins. Quant au régime des Prussiens, leur sobriété est passée en proverbe.

M. Marc rend compte d'une brochure composée en allemand sur le choléra-morbus, par M. le chevalier de Reuyer. L'auteur développe sur la production du choléra une théorie électro-galvanique, qu'il étend à d'autres maladies et particulièrement à la plique.

M. Londe, président de la commission médicale envoyée par l'Académie en Pologne pour y observer le choléra-morbus, lit un travail sur les observations qu'il a faites pendant sa mission. Les ouvertures de corps ont fait voir les altérations suivantes : vaisseaux du cerveau gorgés d'un sang noir et visqueux ; même état de tout l'appareil veineux, et quelquefois de quelques gros troncs artériels : le péritoine n'a pas son luisant ordinaire ; le canal alimentaire fait éprouver au toucher une sensation d'empâtement ; sa surface interne est recouverte en plusieurs points d'une matière blanchâtre, opaque, visqueuse, adhérente ; et souvent sa cavité est remplie d'un liquide trouble, mêlé de quelques grumeaux de matière visqueuse. La vessie

est fortement contractée, vide, retirée derrière le pubis; le scrotum est ridé, et les testicules appliqués contre l'anneau inguinal. Le nombre des morts a été d'un peu plus de 50 pour 100. Des causes au milieu desquelles le choléra a éclaté, les unes agissaient sur la peau, comme des bivouacs dans des marais; les autres sur l'appareil digestif, comme l'alternative de privation et d'excès d'alimens, d'autres sur les poumons, comme les émanations de substances animales et végétales putréfiées; d'autres enfin sur l'appareil cérébral, comme les émotions morales. Aucune condition organique d'âge, de sexe, de constitution, etc., n'a paru à M. Londe être, soit prédisposante au choléra, soit préservative de cette maladie. Quant à la question de la contagion, des médecins ont dit que le choléra avait été importé en Pologne à Iganée, par un corps russe nouvellement arrivé de Turquie: mais d'autres médecins ont objecté que le choléra n'existait pas dans le corps russe qui a combattu à Iganée; que les 2,000 prisonniers russes faits à Iganée ne présentèrent aucun cholérique pendant dix jours qu'ils restèrent isolés à Praga; et qu'enfin des corps qui n'avaient pas été à Iganée, présentèrent plus de cholériques que ceux qui y avaient été. M. Londe oppose encore au système de l'importation des cas de choléra évidemment spontanés, 1.° celui d'une dame malade depuis deux mois, et morte en vingt-deux heures du choléra, bien qu'aucune des persones qui l'ont visitée n'ait eu cette maladie; 2.° Celui d'une sœur grise, gardant le lit depuis six mois, et qui traversant un balcon donnant sur la Vistule, est prise du choléra et meurt en quatre heures. Il invoque aussi beaucoup d'exemples d'immunité, ceux des médecins, infirmiers; celui de la femme et des enfans d'un portier mort du choléra, qui couchaient dans le même lit, et qui n'ont pas atteints; il cite trois nourrices atteintes du choléra auquel deux ont succombé, et qui n'ont pas transmis le mal à leurs nourrissons.

Séance du 8 *novembre*. — CHOLÉRA-MORBUS. — Lettre de M. Gaymard, un des commissaires de l'Académie de Russie, datée de Saint-Pétersbourg, 18 octobre. — Il est dit dans cette lettre, que des observations exactes faites à Moscou détruisent toute idée de contagion et d'analogie entre la marche du choléra et celle de la peste d'Orient. Les quarantaines et les isolemens pratiqués dans l'intérieur des villes, ont été évidemment des mesures pleines de danger; les moyens prophylactiques les plus sûrs ont été le calme et le régime.

Une discussion s'engage sur la communication qu'a faite dans la précédente séance, et qu'a achevée dans celle-ci M. le docteur Londe. M. Capuron croit que le choléra n'est qu'une gastrite très-forte, et il s'appuye sur les lésions de tissu que présente l'appareil digestif dans les cholériques, et sur la part qu'ont à l'explosion de la ma-

l'adie les excès de table. M. Londe croit que cette opinion n'est pas fondée ; il ajoute que souvent une dysenterie a précédé le choléra, et même s'est montrée seule dans les lieux très-salubres. Il parle aussi d'une épizootie qui frappait la volaille, et particulièrement les oies ; ces animaux mouraient par centaines.

MM. Dubled, Dalmas, Sandras, Boudart et Allibert, autres commissaires de l'Académie en Pologne, étaient présens à la séance, et feront incessamment un rapport sur leur mission. M. Dalmas a présenté quatre tableaux peints par lui de cholériques dans les différens degrés de leurs maladies.

VARIÉTÉS.

Séance publique de la Faculté de Médecine de Paris, pour l'ouverture des cours de l'année 1831, et pour la distribution des prix de l'École-Pratique.

Ces sortes de séances ont rarement peu d'intérêt. Le professeur chargé d'en faire les honneurs prononce d'ordinaire un discours sur quelque lieu commun de la science. Les évènemens de l'année passée où la Faculté s'est renouvelée en grande partie par le concours, la situation de cette partie de l'Université au milieu des luttes politiques, pouvaient donner au discours de cette année une couleur toute particulière : M. Roux s'en est tiré avec bonheur. Si ce professeur n'a pas discuté toutes les hautes questions que devait suggérer le moment, mais que des considérations particulières ne lui permettaient peut-être pas d'aborder, il en a traité plusieurs d'une manière assez libérale pour lui concilier l'attention et les suffrages unanimes. Il a flétri les entraves qu'un gouvernement ennemi des lumières avait cherché à imposer à l'enseignement particulier de la médecine, et a signalé avec justice l'éclat mutuel que se reflétaient l'enseignement public et l'enseignement particulier. On a suivi avec intérêt le tableau animé qu'il a esquissé de l'un et de l'autre dans les premiers temps de l'Ecole de Paris, alors qu'elle possédait à-la-fois Corvisart, Pinel, Fourcroy, Thouret, Sabatier, Baudelocque, Bichat, etc. Plusieurs portraits ingénieusement tracés, entr'autres ceux de Sabatier, deBaudelocque, de Fourcroy, ont été vivement remarqués. A propos des concours qui ont eu lieu dans le sein de la Faculté, et dont les résultats ont été diversement jugés par le public médical,

M. Roux, parlant au nom du corps entier, ne pouvait peut-être pas exprimer ses propres sentimens. Aussi n'a-t-il fait que flatter le succès, que donner des consolations et des espérances aux candidats qui avaient échoué. Mais l'orateur s'est amplement dédommagé de cette gêne de commande par l'éloge franc, bien senti du concours, par les améliorations qu'il a appelées de tous ses vœux sur cette institution qu'on a cherché à fausser, dans l'impuissance de la détruire. Ce discours, qui contient plusieurs parties très-brillantes, a été géneralement goûté. On n'y a pas seulement applaudi l'homme d'esprit, mais le professeur éclairé, mais l'excellent confrère, inaccessible aux petitesses de l'envie, qui trouve des éloges aussi facilement pour des rivaux et même des ennemis, que pour ceux qui ont toujours rendu justice à son mérite et à son caractère.

Le professeur chargé des fonctions de secrétaire a ensuite lu les noms des élèves qui ont remporté les prix de l'Ecole-Pratique, ainsi que le programme suivant :

*Prix fondé par M.****

A l'avenir il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de Médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc. Ce prix, consistant en une médaille d'or, de la valeur de 300 fr., sera décerné dans la séance publique de la Faculté. Les mémoires pour l'année courante ne seront pas reçus passé le 1.er septembre 1832.

Prix fondé par Corvisart.

Dans la séance du 25 novembre 1831, la Faculté a arrêté, pour sujet du prix de clinique à décerner en 1832, la question suivante :

« Chercher à déterminer, par des observations recueillies dans les » cliniques médicales de la Faculté, pendant la présente année sco- » laire, l'action des vésicatoires dans le traitement des maladies. »

Du 15 au 1.er octobre 1832, chacun des concurrens remettra au bureau de la Faculté, 1.° les observations recueillies au n.° du lit qui lui aura été désigné ; 2.° la réponse à la question proposée.

Cours de pathologie et de thérapeutique générale, de M. Broussais.

Tout en rendant justice au mérite éminent de M. Broussais qui ne compte certainement pas d'homme supérieur à lui dans la Faculté

de Paris comme ailleurs, nous avons combattu sa nomination à une chaire de cette Faculté. On voulait faire et on a fait fléchir un principe de justice devant la célébrité du réformateur de la médecine moderne. La loi du concours s'est abaissée en sa faveur; mais ce que nous avions prédit est arrivé. M. Broussais, qui avait droit à tous les titres, à tous les honneurs de la science, n'était pas propre à l'enseignement. Il n'a pas soutenu l'éclat de son nom dans une chaire créée pour lui. Nous nous proposions d'analyser les premières leçons de ce professeur, qui n'ont paru remarquables ni par la disposition des matières, ni par la solidité et la conséquence des principes; leçons dans lesquelles on a entendu des propositions bien singulières dans la bouche de l'auteur de l'*Examen des Doctrines médicales*. Mais nous recevons l'annonce de la publication du cours de M. Broussais; nous nous sommes arrêtés par respect pour une grandeur ancienne, espérant que le talent supérieur de l'écrivain réparerait l'échec du professeur. Toutefois avis pour l'autorité qui s'obstine, dit-on, à chercher dans les notabilités des candidats pour d'autres chaires, qui menace la Faculté de Médecine de nouvelles nominations de bon plaisir. Ces nominations n'auraient sûrement pas, comme celle de M. Broussais, l'appui d'un renom populaire, et l'on pourrait ne pas tarder à se repentir de mesures où le public ne verrait que les résultats de l'intrigue ou de la faveur. L'amitié et le patronage d'un grand naturaliste ne seraient pas suffisans pour en couvrir l'illégalité et l'injustice.

BIBLIOGRAPHIE.

A Treatise on Poisons. — Traité sur les poisons considérés sous le rapport de la médecine-légale, de la physiologie et de la pratique de la médecine; par Rob. Christison, *M. D., Professeur de jurisprudence et de police médicales à l'Université d'Édimbourg, Membre du Collège royal des médecins et de la Société royale de cette ville, etc., etc. Un vol. in-8.° pp.* xvi-698, *avec une planche. Edimbourg*, 1829.

De toutes les branches de la jurisprudence médicale, la toxicologie est celle qui, sans contredit, a fait le plus de progrès dans ces dernières années, et qui est arrivée à un point plus voisin de la perfection. Cultivée avec zèle en Allemagne, brillant en France du plus vif éclat, grâces aux beaux travaux du professeur Orfila, qui

ont détruit les nombreuses erreurs dont elle était encombrée, et qui ont rendu faciles et fécondes en résultats positifs les recherches ultérieures, cette partie de la médecine légale était restée de beaucoup en arrière en Angleterre. Aucun ouvrage digne de remarque, et embrassant ce sujet important dans toute son étendue, n'avait encore été publié dans ce pays. Le professeur Christison s'est livré avec ardeur à ce genre de recherches; les nombreuses affaires d'empoisonnemens pour lesquelles il a été consulté par les autorités judiciaires, les travaux multipliés et importants qu'il a entrepris sur ces matières et qu'il a publiés dans divers écrits périodiques, lui ont acquis une juste célébrité comme observateur exact et consciencieux. L'ouvrage que nous avons sous les yeux contient les résultats de ses recherches et de son expérience, aussi bien que de celles des toxicologistes allemands et français. C'est à notre avis le premier livre original et essentiellement pratique sur ce sujet qui ait paru en Angleterre. L'opinion que nous émettons à cet égard est le résultat d'une lecture attentive de l'ouvrage, et, sur ce point, nous sommes parfaitement d'accord avec tous les critiques anglais qui en ont rendu compte.

Le traité du professeur Christison est divisé en deux parties : la première est consacrée à des considérations sur les poisons et sur l'empoisonnement en général, et la seconde, à l'examen de chaque corps vénéneux en particulier.

Dans la première partie, qui ne se compose que de trois chapitres, l'auteur traite d'abord du mode d'action des poisons sur l'économie animale. Cette action est distinguée en *locale* et en *éloignée*, (et non pas, comme on le dit ordinairement, *générale*.) L'action locale consiste en une décomposition chimique, une inflammation ou bien en une certaine impression sur les nerfs de la partie, telle que l'engourdissement ressentie dans les lèvres lorsqu'on mâche de l'aconit, celui qui se fait sentir dans les doigts exposés à la vapeur de l'acide prussique, la paralysie des fibres musculaires des intestins par le contact de l'opium, etc.; l'action éloignée se manifeste au contraire par le trouble des fonctions d'organes plus ou moins éloignés. C'est une opinion généralement admise par les toxicologistes que les substances vénéneuses agissent dans ce dernier cas, de l'une des deux manières suivantes : 1.° en exerçant une action sur les extrémités *sentantes* des nerfs de la partie sur laquelle elles sont appliquées; impression transmise ensuite au cerveau et de là à tous les autres organes; 2.° en pénétrant dans les vaisseaux en vertu de la force absorbante dont ils sont doués et en se mêlant au sang qui, par un mouvement rapide, les entraine avec lui vers le cœur, d'où elles sont transportées par la circulation au cerveau et aux autres organes

sur lesquelles elles agissent spécialement. M. Christison admet la première de ces opinions et rejette presque entièrement la seconde, se fondant, à cet égard, sur les expériences que MM. Morgan et Adisson ont faites sur ce point et dont nous avons rendu compte dans ce journal.

Il passe ensuite à la question de savoir si la *découverte du poison dans le sang est possible*. Il pense que dans l'état actuel de la science, on doit répondre négativement, bien qu'il soit persuadé qu'il n'est pas impossible d'arriver à ce point; puisque certains expérimentateurs tels que MM. Gmelin et Tiedemann, Mayer, Cantù, Krimmer, etc., y sont parvenus, mais seulement dans un très-petit nombre de cas. D'un autre côté M. Christison fait observer que la quantité ordinairement si petite de la substance vénéneuse et l'insuffisance de nos réactifs sont deux raisons qui rendent facilement compte du peu de succès qu'on a jusqu'à présent obtenu dans ce genre de recherches.

Quant aux organes sur lesquels s'exerce l'action éloignée des poisons, l'auteur pense que le cœur, le système cérébro-spinal et les poumons sont ceux dont les fonctions sont le plus généralement altérées; quoique cependant certaines substances agissent d'une manière plus générale.

Il passe ensuite en revue les causes qui modifient l'action des poisons. Ce sont les quantités, l'état d'aggrégation, la combinaison chimique de ces corps, leur mélange avec d'autres substances, la différence des tissus et des organes avec lesquels ils sont mis en contact, l'habitude et l'idiosyncrasie des individus. Il fait voir quelles sont les modifications que chacune de ces circonstances imprime à la manière d'agir des substances vénéneuses. C'est ainsi, par exemples que l'acide oxalique, suivant la quantité qui en est ingérée peut corroder l'estomac, ou bien agir sur le cœur, sur la moelle épinière ou sur le cerveau, etc. Ces observations qui s'appliquent naturellement au traitement de l'empoisonnement, conduisent M. Christison à examiner la question des antidotes ou contre-poisons, dont il reconnait deux espèces; ceux qui appartiennent à la première agissent en neutralisant les effets du poison avant qu'il ait commencé à agir, en changeant sa nature chimique; ceux de la seconde modifient l'action de la substance délétère après qu'elle a commencé à agir, en excitant dans l'économie une action toute contraire. Le nombre des contre-poisons de cette sorte est aujourd'hui extrêmement restreint; jadis, au contraire, on croyait que tous les antidotes agissaient de cette manière.

Dès les premiers temps de sa carrière, comme médecin légiste, M. Christison a reconnu que, sur un assez grand nombre de points de pratique, les ouvrages existans sur la toxicologie étaient très-incom-

plets, quoique excellens sous le rapport purement scientifique. Des circonstances qui se rencontrent à chaque instant dans les affaires d'empoisonnement, n'y étaient pas même indiquées et d'autres y étaient traitées si superficiellement qu'il était difficile de croire que les auteurs en eussent senti l'importance sous le point de vue pratique. Ces défauts tenaient probablement à ce que l'attention avait été dirigée trop exclusivement sur les moyens de prouver que tel poison en particulier était la cause de la mort. Mais dans la pratique de la médecine légale, les questions qui se présentent à l'examen du médecin sont beaucoup plus diversifiées. Lorsqu'on soupçonne un empoisonnement, le médecin peut être appelé pour déterminer si réellement il y a lieu à suivre, et lorsque l'affaire est entamée, pour prouver que la mort est ou n'est pas le résultat du poison. Il a souvent à prononcer dans des cas de mort naturelle, mais qui par diverses circonstances ont fait naître un soupçon d'empoisonnement. Il doit donc être préparé, d'un côté, à preuver que dans certains cas la mort est due à l'administration d'une substance vénéneuse, et de l'autre à donner non-seulement une simple réponse négative qu'il n'y a pas de preuves suffisantes d'empoisonnement, mais aussi que la mort est positivement le résultat d'une maladie naturelle. Dans les cas de cette nature, il arrive souvent qu'on ne désigne aucun poison en particulier; il y a seulement un soupçon vague d'empoisonnement, et même quoiqu'on ne puisse arriver à la découverte d'aucune substance délétère, le médecin est appelé à dire s'il y a certitude, probabilité, ou possibilité d'empoisonnement dans un sens général. C'est à l'examen de ces questions importantes et qui ont été omises par la plupart des toxicologistes, que le second chapitre de l'ouvrage de M. Christison est consacré.

Après quelques considérations sur l'art des empoisonnemens secrets dont on a fait jadis tant de bruit, et qu'il regarde comme le résultat de l'ignorance de ces temps et surtout de la crédulité, l'auteur arrive à l'examen des preuves qui peuvent mettre le médecin à même de prononcer sur l'existence ou la non-existence de l'empoisonnement, et de décider toutes les questions qui se rattachent à ce sujet. Ces preuves (*Evidence*) sont fournies, 1.° par les symptômes observés pendant la vie; 2.° par les lésions trouvées dans les cadavres après la mort; 3.° par l'analyse chimique; 4.° par les expériences et les observations faites sur les animaux; et 5.° par certaines circonstances morales qui sont inséparables de la preuve médicale, ou qui ne peuvent être appréciées à leur juste valeur que par un homme de l'art. Nous regrettons de ne pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs ce chapitre remarquable; nous nous bornerons à dire que M. Christison combat la doctrine généralement admise en France et

en Allemagne par les médecins-légistes, que l'empoisonnement ne peut jamais être complètement établi que lorsqu'on peut démontrer l'existence matérielle de la substance délétère. Il pense que, bien que la preuve de l'empoisonnement en général, dénuée des observations médicales seulement, ne puisse jamais être qu'une forte probabilité, cette probabilité peut être si grande que, combinée avec d'autres circonstances générales, elle ne peut laisser de doute à aucun être raisonnable sur l'existence de l'empoisonnement. Nous ne connaissons pas assez les lois pénales de la Grande-Bretagne pour nous élever contre cette doctrine qui peut-être est dans leur esprit; mais nous croyons que, dans l'intérêt de l'humanité, celle que l'on a adoptée parmi nous est beaucoup préférable.

Le troisième chapitre traite de l'empoisonnement imaginaire, simulé et imputé. M. Christison trace la conduite que le médecin doit tenir pour arriver à la connaissance de la vérité, et il fait voir que, par des questions posées avec adresse à l'individu qui se prétend victime d'un crime, l'on atteint toujours ce but d'une manière certaine.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée, comme nous l'avons déjà dit, à l'étude de chaque substance vénéneuse en particulier.

L'auteur adopte la classification des poisons proposée par le professeur Orfila; seulement il rejette la dernière classe, celle des poisons septiques ou putréfians qu'il fait rentrer dans les autres classes. Il traite ensuite des symptômes qu'ils produisent en les comparant avec ceux de diverses maladies naturelles. Il examine ensuite les altérations qui en sont le résultat, et qu'on découvre après la mort, en établissant encore une comparaison attentive avec celles qui résultent de diverses maladies. Il passe ensuite à l'étude de chacun des poisons irritans en particulier; il décrit les accidens qu'ils déterminent et les moyens chimiques qui peuvent faire reconnaître leur existence. Il suit la même marche pour les deux autres classes. Cette partie de l'ouvrage se refuse à l'analyse; nous ferons seulement observer que parmi les divers procédés décrits par l'auteur pour arriver à la découverte des différens poisons, plusieurs sont nouveaux et sont le résultat de son expérience personnelle; tels sont ceux qui ont rapport à l'arsenic, au mercure et à l'opium. Nous les avons déjà fait connaître dans ce journal, et nous croyons inutile d'y revenir. Nous ajouterons seulement que M. Christison s'est attaché à rendre tous ces procédés aussi simples que possible pour les mettre à la portée des personnes même peu exercées aux manipulations chimiques. Enfin nous dirons, pour terminer, que l'ouvrage du professeur d'Edimbourg fera certainement époque dans la science, et qu'il devra être médité non seulement par les médecins consultés par le ministère public, mais aussi par tous ceux qui veulent se rendre compte de la

manière d'agir des substances vénéneuses sur l'économie, substances qu'ils emploient journellement comme médicamens.

Relation historique et médicale du choléra-morbus de Pologne ; par A. Brierre de Boismont, *M. D., membre du comité central à Varsovie. Un vol. in-8.° pp. 267, avec une carte de la marche du choléra-morbus en Pologne. Paris, 1831. Chez Germer-Baillière. Prix, 5 fr.*

Au milieu de la foule de mémoires, dissertations, histoires, dont le choléra-morbus est le sujet, et qui, à quelques rares exceptions près, ne valent pas la peine qu'on s'en occupe, nous devons distinguer l'ouvrage de M. Brière de Boismont. Ce médecin du moins n'a pas, comme tant d'autres, écrit sur le choléra-morbus sans l'avoir vu ; le premier, avec l'infortuné Legallois, il s'est rendu à Varsovie pour observer l'épidémie et offrir aux malheureux Polonais le tribut de son zèle et de ses lumières. C'est le résultat de ses observations que l'auteur expose à ses lecteurs.

M. Brière pense que les Russes ont importé la maladie en Pologne, et qu'ils l'ont communiquée aux habitans. En conséquence de cette opinion, il propose l'établissement de cordons sanitaires sur les frontières, sans cependant les regarder comme absolument et toujours efficaces ; mais il repousse avec force les cordons partiels et les mesures de séquestration individuelle. Ces idées ne sont peut-être pas bien conséquentes : quoi qu'il en soit, nous laisserons à ceux qui ont observé sur les lieux le soin de combattre ou de confirmer ce que M. Brière dit de l'importation. Nous avouons que des conversations que nous avons eues avec plusieurs des membres de la commission de Varsovie, nous feraient pencher pour l'opinion contraire.

L'auteur rapporte ensuite un certain nombre d'observations particulières ; il expose les symptômes du choléra-morbus, les lésions cadavériques qu'on rencontre chez les individus qui y ont succombés, le diagnostic et le prognostic de la maladie ; il trace le tableau de ses causes occasionnelles et prédisposantes ; après quelques considérations sur les mesures sanitaires et prophylactiques, il arrive au point important ; je veux dire au traitement. Il décrit successivement les différentes méthodes de traitement qui ont été mises en usage pendant l'épidémie de Varsovie, par les médecins les plus distingués.

Dans les premiers momens de l'apparition de la maladie à Varsovie, il y eut une grande hésitation parmi les praticiens et dans le conseil supérieur de santé ; aussi, le traitement n'eut-il rien de déterminé. On eut d'abord recours à la méthode recommandée par les médecins anglais dans l'Inde, c'est-à-dire à la saignée, au calomel

et à l'opium. On ajouta bientôt à ces moyens des boissons chaudes, des frictions, des sinapismes sur les pieds, les jambes, les cuisses, l'épigastre, etc. Tels furent d'abord les moyens employés ; mais bientôt on reconnut que la saignée n'était pas aussi efficace qu'on l'avait cru généralement ; elle ne fut plus pratiquée que dans les sujets vigoureux et quand il y avait des symptômes de congestion trop violens ; on substitua à l'opium, l'ammoniaque liquide à la dose de cinq à six gouttes toutes les heures dans une cuillerée d'eau. Cette médication compta des succès et fut assez généralement adoptée. Mais à la seconde apparition de la maladie, après la bataille d'Ostrolenka, elle échoua presque complètement. M. Léo proposa l'emploi du sous-nitrate de bismuth, et fit prendre ce sel à la dose de trois grains, toutes les deux ou trois heures, avec une infusion chaude de mélisse ; mais les succès d'abord obtenus ne se soutinrent pas. M. Searle mit en usage le sel commun à l'intérieur et en lavement ; mais le nombre des malades qu'il traita de cette manière avec succès n'est pas assez grand pour qu'on puisse juger de son mérite. M. Brierre propose, en terminant, la série de moyens suivans : dans les cas peu violens, ventouses scarifiées ou sangsues sur l'épigastre ; boissons chaudes et aromatiques ; ammoniaque liquide toutes les trois heures ; frictions sur tout le corps avec un alcoolat aromatique ; sinapismes promenés sur toute l'habitude du corps ; application de l'acétate de morphine par la méthode endermique et emploi du laudanum à l'intérieur, pour calmer les vomissemens et les évacuations alvines ; enfin, calomel, 2 grains toutes les deux heures. Dans les cas très-graves : l'épithême de M. Ranque, l'éther, le laudanum et les huiles essentielles. L'ouvrage est terminé par douze tableaux contenant les relevés statistiques des malades atteints du choléra, du nombre des morts et de ceux qui ont guéris. Il en résulte que, du 23 avril 1831 au 25 juin suivant, 3,912 personnes ont eu la maladie, que 1,462 ont succombé, que 1,107 ont été guéris et que 1,343 étaient encore en traitement au 25 juin. Il est bon d'ajouter que la population de Varsovie était à cette époque de 80,000 habitans.

Troisième Mémoire sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses, suivi d'un Précis sur l'art de formuler les préparations iodurées ; par L. J. A. Lugol, *médecin de l'hôpital Saint-Louis ; précédé du Rapport fait à l'Académie des Sciences, par MM.* Duméril *et* Magendie. *Br. in*-8.°, *pp.* xi-219. *Paris*, 1831. *Baillière.*

Depuis la publication de son premier mémoire sur l'emploi de l'iode dans le traitement des scrofules, mémoire dont nous avons rendu compte dans ce journal, M. Lugol, encouragé par les succès qu'il avait obtenus, a continué ses recherches et ses expériences sur

ce point intéressant. Des commissaires, nommés par l'Académie des sciences, ont suivi avec attention les expériences de l'auteur et ont fait, sur les cas nombreux qu'ils ont eu sous les yeux, un rapport des plus favorables, qui se trouve en tête où l'ouvrage dont nous allons présenter un court extrait. Quant à en juger la valeur, il faudrait avoir suivi les expériences de l'auteur pour admettre ou infirmer ses conclusions que plus d'une personne ose contester.

La nouvelle publication de M. Lugol est divisée en deux parties.

Dans la première, l'auteur présente les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de l'iode sous diverses formes, dans les scrofules tuberculeuses, dans celle des membranes muqueuses et particulièrement dans l'ophthalmie, dans la scrofule cutanée, dans celle du tissu cellulaire et enfin celle des os. Le nombre des observations qui composent cette première partie est de vingt-huit. On voit qu'en général le traitement a été de longue durée, mais qu'il a été couronné d'un plein succès, même dans des cas qu'on avait regardés comme tout-à-fait incurables. Les essais tentés par M. Magendie à la Salpétrière chez des individus qualifiés d'*incurables*, l'ont conduit à des résultats tout-à-fait semblables. » Ils (ces incurables) étaient voués, dit-il dans son rapport, à une mort certaine; mais après l'introduction de l'iode et du brôme dans la thérapeutique j'ai eu la douce satisfaction de rendre à la vie plusieurs de ces infortunés..... Et, ce qu'il n'est pas inutile de dire, ces guérisons ont été aussi rapides qu'inattendues. »

La seconde patrie est consacrée à un précis sur l'art de formuler les préparations iodurées. Nous avons déjà fait connaître la plupart des formules de l'auteur. Il en a modifié quelques-unes, et voici celles qu'il emploie aujourd'hui.

L'*Eau minérale iodurée* remplace l'*Eau minérale iodée* dans laquelle l'iode n'était dissous qu'à l'aide d'une grande quantité d'eau et qui s'altérait très-promptement. M. Lugol emploie actuellement l'iodure de potassium comme dissolvant de l'iode, de la manière suivante :

	N.° 1.	N.° 2.	N.° 3.
℞ Iode..................	gr. ¾......	gr. j.	j ¼ ;
Iodure de potassium.	gr. j ½.....	gr. ij......	ij ½ ;
Eau distillée........	℥ viij.....	℥ viij	℥ viij.

Les doses et le mode d'administration de ces eaux sont les mêmes que ceux de l'ancienne.

Il se sert encore, pour remplacer ces préparations, d'une solution iodurée préparée ainsi qu'il suit :

℞ Iode..................................	℈ j ;
Iodure de potassium......................	℈ ij ;
Eau distillée..........................	℥ vij.

Il la donne à la dose de six gouttes matin et soir dans un demi-verre d'eau sucrée ; dose qu'il augmente de deux gouttes chaque semaine jusqu'à trente dans les vingt-quatre heures.

Pour les lotions extérieures, l'auteur a remplacé la solution iodée par une solution iodurée qui contient environ le double d'iode que l'eau minérale ci-dessus et dont il se sert avec succès comme collyre dans le traitement des ophthalmies scrofuleuses.

Pour les autres modifications qu'il a fait subir aux préparations d'iode, nous renverrons à l'ouvrage même de M. Lugol.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

DÉCEMBRE 1831.

De l'application de l'auscultation à la pratique des accouchemens. Rapport fait à l'Académie de Médecine, par M. Paul Dubois, *professeur et chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité* (1).

Messieurs, dans l'une de vos séances du mois de mai dernier, M. Bodson, l'un de nos confrères, a soumis à votre jugement un Mémoire dans lequel il s'est proposé de démontrer l'utilité de l'auscultation appliquée à la pratique des accouchemens, et il a joint à ce travail quelques considérations sur l'emploi du seigle ergoté pour ranimer les contractions utérines. MM. Danyau, Deneux et moi avons été chargés par vous du soin de vous faire un rapport sur le Mémoire de notre confrère; c'est pour m'acquitter de ce devoir que je vais réclamer votre attention.

Le travail de M. Bodson a pour objet l'application à la pratique des accouchemens d'une découverte de la plus haute importance, et quoique cette application ne soit plus nouvelle, elle n'a cependant pas encore été le sujet

(1) Ce rapport, qui, par les recherches neuves qu'il contient, sort de la ligne ordinaire, constitue un travail important sur un des points les plus intéressans de la science. A ce titre nous l'avons inséré parmi les mémoires originaux de notre recueil. (*N. du R.*)

de recherches assez suivies pour qu'on en ait pu reconnaître tous les avantages, et surtout pour qu'on en ait pu déterminer positivement toute la valeur. Vos commissaires ont pensé, Messieurs, qu'ils devaient dans cette circonstance utiliser les occasions nombreuses qu'un grand hôpital offre surtout à l'un d'eux pour essayer de répandre quelques lumières nouvelles sur un point aussi curieux de la science.

Afin de justifier à vos yeux le jugement que nous avons porté sur le Mémoire de M. Bodson, nous avons pensé qu'il était convenable de vous rappeler brièvement l'esprit dans lequel il a été conçu, les faits qui lui ont servi de base et de preuves, enfin les conclusions qui en ont été déduites.

Comme tous les médecins instruits qui se livrent à la pratique des accouchemens, notre confrère a été frappé de l'insuffisance des signes généralement indiqués comme propres à éclairer sur la vie ou la mort du fœtus pendant le travail de l'enfantement. Il s'est appliqué à chercher dans l'auscultation des lumières que ne peuvent toujours fournir l'observation même la plus attentive de toutes les circonstances du travail, et qui souvent échappent à l'expérience la plus sagace et la plus étendue. Long-temps avant que le Mémoire dont nous allons vous rendre compte vous fût connu, le zèle ingénieux de l'un de nos collègues l'avait conduit aux mêmes recherches; il en avait appliqué les résultats heureux au diagnostic de la grossesse, et indiqué divers avantages que l'on pouvait en retirer encore.

En méditant sur la découverte de notre collègue, M. Bodson a cru qu'il pouvait en faire une application nouvelle; il a pensé que non-seulement l'auscultation pouvait rendre plus facile le diagnostic de la grossesse, et nous instruire de la vie ou de la mort du fœtus, mais

qu'en permettant d'entendre les battemens de son cœur pendant toute la durée de l'enfantement, le stéthoscope devait, durant un travail long et pénible, donner les moyens d'observer les nuances diverses de force ou d'affaiblissement, de lenteur ou de rapidité que peut alors offrir la circulation intrà-utérine; d'apprécier, par conséquent, les circonstances favorables ou fâcheuses dans lesquelles se trouve le fœtus, et de s'éclaircir par elle sur l'opportunité d'agir ou d'attendre; de hâter la délivrance ou de l'abandonner aux efforts naturels.

A l'appui de cette opinion, notre confrère vous a fait connaître plusieurs observations que nous croyons nécessaire de rappeler rapidement à votre souvenir.

Une jeune dame enceinte pour la première fois, est prise des douleurs de l'enfantement; les membranes se rompent prématurément et les eaux s'écoulent; les douleurs faibles et éloignées, à onze heures du matin, persistent dans cet état pendant la journée entière. Les pulsations du cœur du fœtus sont reconnues à l'aide du stéthoscope; elles s'affaiblissent vers les six heures du soir. Une dose de seigle ergoté est administrée sans succès. L'application du forceps, jugée nécessaire, a pour résultat la naissance d'un enfant très-faible, mais vivant.

Une dame de quarante ans, au terme de sa dixième grossesse, qui avait été pénible et fatigante, éprouva quelques symptômes qui lui firent craindre que son enfant eût cessé de vivre. L'auscultation fit reconnaître à M. Bodson que les craintes de la mère n'étaient pas fondées. Le travail de l'enfantement, déclaré le matin, se prolongea jusqu'au soir; il se termina par l'expulsion d'un enfant très-chétif qui succomba peu de jours après sa naissance.

Une femme de 23 ans était depuis long-temps en proie aux douleurs les plus vives de l'enfantement; la longueur

et la difficulté du travail étaient dues à une circonstance pathologique qu'il serait trop long et d'ailleurs inutile de vous rappeler. M. Bodson, dont les secours avaient été réclamés, reconnut, à l'aide du cylindre, les pulsations du cœur de l'enfant. Il donna à la malade les soins que réclamait son état fâcheux; l'accouchement se termina bientôt naturellement, l'issue en fut favorable à l'enfant et à la mère.

Une dame de 42 ans, enceinte pour la première fois et parvenue au terme de sa grossesse, souffrait infructueusement depuis deux jours, lorsque M. Bodson fut appelé auprès d'elle; il reconnut que l'enfant se présentait par le siège au détroit abdominal; il entendait les doubles battemens qui caractérisent les pulsations du cœur du fœtus; il reconnut également le bruit simple, plus lent, plus étendu, auquel on a donné le nom de souffle placentaire; il conclut de cette double observation que l'enfant était alors plein de vie. Le travail se prolongeant encore sans résultat, l'assistance d'un autre accoucheur fut réclamée; M. Bodson se retira, l'expulsion ou l'extraction de l'enfant n'eut lieu que deux jours après, mais alors il avait cessé de vivre.

Enfin, une jeune dame après avoir souffert pendant huit heures, vit les douleurs s'affaiblir par degrés, et se suspendre ensuite complètement pour faire place à une agitation extrême et même à quelques symptômes de délire. Les eaux étaient écoulées, la tête se présentait à la vulve, le sort de l'enfant était incertain, M. Bodson reconnut avec le cylindre que la circulation était forte et régulière; la mère implorait une prompte délivrance; le seigle ergoté fut administré en deux doses de 15 grains chacune; après la seconde les douleurs se ranimèrent, et l'accouchement eut pour résultat la naissance d'un enfant vivant. La mère se rétablit en peu de jours.

Des faits que nous venons de vous rappeler, l'auteur a cru devoir déduire les conclusions suivantes :

1.° L'auscultation médiate ou immédiate peut rendre des services très-importans à l'humanité, en éclairant l'accoucheur dans plusieurs circonstances graves.

2.° En général il est aisé de reconnaître la circulation du fœtus, quelle que soit sa position dans l'utérus quand il est à terme, et que les eaux de l'amnios sont écoulées complètement et depuis long-temps, on y parvient avec plus de facilité si la femme est couchée horizontalement et peu chargée d'embonpoint.

3.° Cette notion servira à diriger le praticien dans beaucoup d'occasions, le déterminera à agir où à temporiser; elle sera souvent son guide le plus sûr dans les circonstances les plus malheureuses, lorsqu'il doit se décider à mutiler l'enfant s'il est mort, à recourir aux opérations symphysienne ou césarienne s'il est vivant. Dans ce cas, ce moyen d'investigation est du plus grand intérêt, soit qu'il concoure avec les autres à établir un fait ou seulement une probabilité, soit qu'il reste seul pour éclairer l'homme de l'art.

Vos commissaires, Messieurs, se sont fait un devoir de vous rappeler fidèlement les observations de votre confrère, et textuellement les conséquences qu'il en a déduites; vous reconnaitrez que, de ces conséquences, les unes annoncées longtemps avant le travail de M. Bodson appartiennent à d'autres expérimentateurs; que les autres ne sauraient être admises qu'autant qu'elles seraient confirmées par de nouvelles recherches; qu'enfin il n'est aucune de ces conclusions qui puisse raisonnablement, ou du moins rigoureusement, se déduire des faits qui les précèdent.

Les observations de M. Bodson ne prouvent en effet qu'une chose, c'est qu'il est possible ou facile d'entendre

les pulsations du cœur du fœtus, à travers les parois abdominales et utérines. Dans ce sens, elles ne sont que la confirmation d'une vérité déjà connue, mais elles ne prouvent pas que les renseignemens fournis par l'auscultation pendant le travail, aient utilement influé sur la conduite de l'accoucheur, et que, dans le doute, s'il fallait agir ou attendre, ces recherches aient mis un terme à son incertitude.

La proposition avancée par notre confrère reste donc ce qu'elle était avant ses observations, c'es-à-dire dénuée de preuves, mais spécieuse, dangereuse peut-être, et pour cette raison même digne d'un sérieux examen.

Cet examen, Messieurs, a conduit vos commissaires et leur rapporteur en particulier à soumettre à d'attentives et nombreuses épreuves, le moyen d'investigation dont M. Bodson a fait l'objet de son mémoire. Ils ont pensé que les résultats de leur travail pouvaient trouver place dans le rapport qui en a été en grande partie la cause, et que quelque détourné que fût le chemin qu'ils ont pris pour arriver à la solution de la question soulevée, il ne vous semblerait pas trop long, s'il pouvait vous offrir quelque intérêt et quelqu'utilité.

Vous vous souvenez, Messieurs, qu'en 1821, notre collègue M. de Kergaradec appela votre attention sur les résultats qui pouvaient être obtenus de l'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse; les recherches auxquelles se livra d'abord notre collègue, et qui avaient pour objet de constater si, pendant les mouvemens du fœtus dans le sein de sa mère, le flot du liquide amniotique pouvait être entendu. Ces recherches furent détournées du but vers lequel elles avaient été dirigées, par la perception de deux bruits particuliers qui captivèrent tellement l'attention de l'expérimentateur, qu'ils devinrent dès ce moment le sujet principal de son étude. L'un de ces bruits, rapide,

précipité, semblable à celui que produisent les doubles pulsations du cœur, appartenait évidemment à celles du fœtus; l'autre, plus lent, plus étendu, simple d'ailleurs, et assez analogue à celui que Laennec a caractérisé par l'expression de bruit de soufflet, parut à M. de Kergaradec résulter de la circulation utéro-placentaire. Les observations qu'avaient pu faire notre collègue, étaient alors peu nombreuses, et cependant elles lui suffirent pour saisir ce que ces phénomènes avaient de plus remarquable, pour tirer de ces faits des déductions dont les recherches ultérieures n'ont fait que démontrer la justesse, et pour pronostiquer et indiquer à ceux qui le suivraient dans cette carrière, la plupart des applications réellement utiles que l'on pouvait faire de cette découverte. Cependant, les expériences de M. de Kergaradec n'avaient pas été assez multipliées pour lui permettre de déterminer exactement tout ce que l'auscultation pouvait fournir de certitude ou au moins de probabilité au diagnostic de la grossesse, ou aux investigations qui ont pour objet de constater la vie ou la mort du fœtus encore contenu dans les organes maternels. Il laissa, en outre, à d'autres expérimentateurs, le soin d'éclaircir plusieurs points douteux, et qui réclamaient de nouvelles recherches. Depuis le travail de M. de Kergaradec, cette lacune n'a pas été remplie; aussi avons nous pensé que nous pouvions utilement essayer de compléter les premières tentatives de notre honorable collègue.

La publication du mémoire dont nous venons de parler, avait établi une vérité incontestable, c'est qu'il était possible d'entendre, à travers les parois abdominales et utérines, les pulsations du cœur du fœtus, et dans un grand nombre de cas le bruit de la circulation utérine ou placentaire. Soit que les recherches de ce genre, pendant la grossesse ou le travail de l'enfantement, exigent, pour

être réellement fructueuses, une habitude qui ne s'acquiert bien que par des essais multipliés; soit que, dans la pratique civile, ces recherches rencontrent de nombreuses difficultés, dans l'impatience et l'indocilité bien naturelles des femmes en travail, et dans la réserve si nécessaire aux accoucheurs; toujours est-il vrai, que l'auscultation appliquée à la pratique des accouchemens, a été considérée comme un moyen d'investigation, précieux sans doute, mais dont l'emploi restait souvent sans résultat.

Il importait donc de reconnaître jusqu'à quel point cette opinion était fondée; tel a été d'abord le but de nos expériences.

Depuis le mois de juillet dernier, 300 femmes ont été les sujets de nos recherches; 120 d'entr'elles, pendant le travail de l'accouchement, et les autres à des termes divers de la grossesse; nos explorations pendant le travail ont été faites à deux époques qui méritent d'être distinguées, savoir: 1.° Avant la rupture des membranes; par conséquent avant l'évacuation des eaux de l'amnios. 2.° Après la division de l'œuf et l'écoulement d'une partie au moins du liquide amniotique. 65 femmes étaient dans ce dernier cas, et 55 dans le premier; parmi les femmes que nous avons examinées après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux, il n'en est que deux sur lesquelles il ne nous a pas été possible de reconnaître les doubles battemens du cœur du fœtus. Ces deux femmes sont accouchées d'enfans morts; la prompte et facile terminaison de l'accouchement, plusieurs circonstances antérieures au travail et surtout des traces non équivoques de putréfaction commençante ne permettaient pas de douter que ces enfans n'eussent cessé de vivre plusieurs jours au-moins avant l'époque de leur naissance. Il est vrai que des 63 autres, deux mirent également au monde des enfans qui n'ont pas respiré, mais il était évident que la mort

avait été chez eux le résultat du travail. Les détails intéressans de ces deux cas, d'ailleurs, vous seront exposés un peu plus tard.

Restent 55 femmes, examinées pendant les douleurs de l'enfantement, mais avant l'écoulement des eaux de l'amnios, c'est-à-dire lorsque le fœtus était encore séparé des parois utérines par une couche plus ou moins épaisse de liquide. Chez 51 de ces femmes, le stéthoscope nous a parfaitement transmis le bruit des doubles pulsations que nous recherchions; chez les quatre autres, au contraire, l'auscultation a été complètement infructueuse à cet égard; cependant, elles sont un peu plus tard accouchées d'enfans vivans. Ce dernier résultat mérite quelques réflexions qui vous seront bientôt soumises.

Les 180 femmes que nous avons explorées pendant la gestation, doivent être divisées en deux catégories; dans l'une se rangent celles qui, à l'époque de notre examen, étaient parvenues au septième mois de leur grossesse; elles sont au nombre de 140, et constituent par conséquent un peu plus des trois quarts du nombre total. La gestation des 40 autres étaient moins avancée, mais toutes avaient dépassé le terme de quatre mois.

Enfin, l'application du stéthoscope chez les 40 femmes, dont la grossesse n'était pas encore parvenue au terme du septième mois, a eu des résultats très-variés. Nous serons nécessairement conduit à vous les faire connaître dans un instant.

Il nous serait facile de vous indiquer, dès ce moment, les conséquences importantes et toutes naturelles qui se déduisent de ces premiers essais, si elles ne devaient recevoir un complément nécessaire de l'examen de quelques points également dignes de votre attention et de votre intérêt.

Vous avez dû remarquer, Messieurs, une différence

assez grande dans les résultats de nos investigations, suivant qu'elles ont été faites pendant la grossesse ou à une époque déjà avancée du travail, c'est-à-dire avant ou après l'écoulement des eaux de l'amnios. Il est certain que ces deux conditions différentes peuvent modifier les résultats de l'auscultation; que la vacuité des membranes, par exemple, peut rendre plus facile la perception des bruits du cœur; que l'intégrité de l'œuf, au contraire, et la conservation du liquide amniotique, surtout quand la quantité en est considérable, peuvent rendre les résultats de l'auscultation plus incertains et plus difficiles à obtenir. S'il en fallait des preuves, nous dirions qu'il nous est quelquefois arrivé, malgré toute notre attention, de ne pouvoir entendre les battemens du cœur pendant le travail, avant la rupture des membranes, et de réussir au contraire sur la même femme à les distinguer facilement, lorsqu'après l'écoulement d'une partie des eaux, les parois utérines s'étaient appliquées presqu'immédiatement sur le fœtus. Cette cause de difficulté, toutefois, bien qu'elle soit réelle, n'est pas aussi importante qu'on pourrait le croire. Le fluide qui entoure l'enfant, et qui, à une époque assez rapprochée du terme de la gestation, ne forme plus entre le fœtus et les parois de l'œuf, qu'une couche peu épaisse, ne donne pas aux membranes et aux parois utérines qui le contiennent ce degré de tension que l'on parait en général supposer. Le stéthoscope peut donc presque toujours, sans difficulté, sans douleur et sans danger, déprimer assez les parois utérines et celles de l'œuf, pour arriver jusqu'aux parties du fœtus, et se mettre ainsi dans des conditions presqu'aussi favorables à la perception des battemens du cœur qu'elles le sont ordinairement après l'évacuation des eaux de l'amnios. Nous ajouterons, d'ailleurs, que le liquide lui-même concourt évidemment à la transmission du bruit, quoique sans doute il en affai-

blisse l'impression; aussi, les insuccès qui ont suivi nos recherches, quand elles ont été faites pendant la grossesse ou dans les premiers temps du travail, ne nous semblent pas devoir être attribués exclusivement à la cause que nous venons d'indiquer. Quoique depuis long-temps nous eussions fait des recherches d'auscultation, nous n'avions pas mis pourtant dans ces recherches assez de persévérance et de suite pour être réellement expérimentés; il y a donc eu dans nos expériences une époque que nous pouvons presque dire d'apprentissage, et c'est à elles qu'appartiennent la plupart des cas dans lesquels nos investigations sont restées infructueuses.

Si tous les fœtus chez lesquels nous nous sommes appliqués à reconnaître les bruits du cœur, au-lieu d'être encore contenus dans les organes maternels, eussent été au contraire immédiatement accessibles à nos sens; si nos expériences avaient pu s'exercer sur eux sans intermédiaire; enfin, si l'oreille ou le cylindre avaient pu s'appliquer directement sur les points de la poitrine les plus propres à la transmission des doubles battemens, il est certain que, d'abord chez tous ceux qui sont nés vivans, ces battemens auraient été facilement entendus, et il est naturel de penser qu'à de légères exceptions près, l'intensité de l'impression produite sur notre oreille aurait été constamment en rapport avec l'âge, le développement et la vigueur des fœtus; mais la nécessité d'explorer à travers des milieux dont l'épaisseur, la densité, la propriété même de transmettre les chocs ou les sons peuvent varier beaucoup, l'impossibilité de trouver pour cette exploration les fœtus qui en sont l'objet, dans des situations également favorables ou défavorables, doivent inévitablement modifier les résultats si simples et si naturels dont nous parlions tout-à-l'heure. Aussi, bien qu'en général, sans doute, l'on trouve la force des battemens du cœur à peu-

près en rapport avec l'âge et le développement du fœtus, il n'en est pas moins vrai qu'il arrive très-souvent d'observer des résultats précisément opposés; ainsi, l'impression des doubles battemens nous a paru souvent très faible et très-obscure, quoique les fœtus fussent complètement développés et pleins de vigueur; et au contraire, l'impression de ces bruits a été souvent très distincte et très-forte, quoique les fœtus, alors soumis à nos recherches, fussent chétifs ou encore assez loin de l'époque de leur maturité.

A cette observation nous en ajouterons une autre qui n'est pas moins importante; c'est que chez le même fœtus et pendant la durée d'une seule exploration, le stéthoscope restant appliqué sur le même point des parois abdominales, il n'est pas rare d'être frappé d'une variation notable dans la force des doubles battemens; le son ou le choc qui en résulte augmentant tout-à-coup d'intensité, ou s'affaiblissant au contraire au point que l'impression en est difficilement perçue; ces phénomènes au reste sont purement accidentels et momentanés.

Les variations dont nous venons de parler n'appartiennent pas exclusivement à l'intensité des pulsations du cœur; leur rhythme présente plus souvent encore des différences également remarquables. Qu'il nous soit permis de donner à cette proposition quelque développement.

Le nombre des pulsations du cœur du fœtus dans un temps donné, n'est pas toujours très-facile à constater, mais quand il peut l'être sans difficulté, ce qui arrive le plus souvent, on reconnaît que ce nombre est de 140 a 150 par minute, et très-fréquemment de 144; il est bien naturel de penser que ces pulsations doivent être d'autant plus précipitées, que les fœtus sont plus jeunes, et cependant nos recherches n'ont nullement confirmé une opinion aussi rationnelle. Nous pouvons affirmer en

effet que depuis le terme du cinquième mois, époque à laquelle il est très-possible de compter les pulsations du cœur, jusqu'à la fin de la gestation, le rhythme des doubles battemens nous a paru parfaitement le même.

Cette exactitude avec laquelle est déterminé le nombre des pulsations du cœur chez les fœtus, aurait même lieu de nous étonner si la plupart des raisons qui influencent la circulation, après la naissance, ne manquaient absolument avant cette époque, et si l'uniformité constante de la vie intrà-utérine et la similitude presqu'absolue des conditions de cette vie chez tous les fœtus, n'en expliquaient la similitude des phénomènes.

Cependant les variations accidentelles et momentanées que nous avons observées précédemment dans l'intensité des bruits du cœur, se présentent plus fréquentes et plus remarquables encore dans le rhythme des doubles battemens; ainsi l'on voit assez souvent la rapidité des pulsations s'accroître tout-à-coup au point d'en rendre l'énumération presque impossible ou se ralentir au contraire de la manière la plus évidente. Après ces variations subites et courtes, la circulation reprend son activité normale. Nous avons trop souvent remarqué ces irrégularités accidentelles dans le rhythme des doubles battemens, pour n'être pas tentés de croire qu'elles pourraient être observées chez tous les fœtus si les épreuves étaient très-souvent renouvellées chez chacun d'eux.

Au reste, Messieurs, cette mobilité nerveuse organique, si je puis m'exprimer ainsi, ne la voyons-nous pas survivre à la gestation, et persister d'une manière remarquable pendant les premières années de la vie? n'est-ce pas elle qui détermine ces irrégularités si fréquentes et si notables dans le pouls des jeunes enfans pendant la veille et surtout pendant le sommeil, irrégularités si propres à étonner ou à effrayer même celui qui les observe pour la première fois.

Les variations dans l'intensité et dans le nombre des doubles battemens sur lesquelles nous venons d'arrêter votre attention, avaient déjà été observées par M. de Kergaradec ; aussi ne les aurions-nous pas rappelées ici avec autant de soin si cette observation ne devait plus tard nous aider à juger le mérite de la proposition qui vous a été soumise par M. Bodson.

L'établissement dans lequel nos recherches ont été faites ne devant recevoir que des femmes dont la gestation est déjà avancée, il nous était assez difficile d'y trouver des occasions favorables pour déterminer avec exactitude l'époque de la grossesse à laquelle les doubles battemens commencent à devenir perceptibles ; nous nous sommes efforcés néanmoins de profiter de toutes celles qui se sont accidentellement présentées, et vous avez vu qu'il nous a été possible d'explorer quarante femmes à diverses époques intermédiaires entre la fin du quatrième et le commencement du septième mois de la gestation.

Nous n'avons jamais pu réussir à entendre les doubles battemens avant le quatrième mois et demi, c'est-à-dire avant le milieu de la gestation, mais avant cette époque nous les avons distingués assez nets et assez forts pour être surpris de n'avoir pas pu les entendre plus tôt ; une des femmes qui furent le sujet de cette observation fut explorée par nous chaque matin pendant douze jours environ avant le terme de quatre mois et demi, et ce ne fut qu'alors que nous pûmes reconnaître les doubles battemens. L'époque de la conception avait été signalée chez elle par des circonstances assez remarquables pour que le terme de la grossesse pût être exactement connu. S'il nous a été possible d'entendre les pulsations du cœur du fœtus au quatrième mois et demi, à plus forte raison le même résultat a-t-il pu être obtenu après cette époque, et d'autant plus facilement que la gestation était plus avancée.

Jusqu'au commencement du septième mois, cependant, nos essais ont été assez souvent sans résultats ; nous croyons devoir vous en exposer les raisons et l'impression qui nous est restée de ces recherches.

Pendant les six premiers mois au moins de la gestation le volume du fœtus est évidemment petit, comparativement à la capacité du sac membraneux dans lequel il se trouve renfermé. Il est, par conséquent, entouré d'une quantité considérable de liquide et jouit d'une extrême mobilité ; enfin les mouvemens de son cœur sont loin d'avoir un degré de force qui les rende très-facilement perceptibles. Le petit volume du fœtus et sa mobilité le rendent difficilement accessible au stéthoscope ou à l'oreille ; la grande quantité de liquide qui l'entoure exige que les parois abdominales et utérines soient fortement déprimées pour que le cylindre ou l'oreille pénètrent jusqu'aux parties du fœtus, et cette forte pression, assez souvent douloureuse, n'est peut-être pas d'ailleurs exempte de tout danger. Enfin la faiblesse naturelle des pulsations pendant cette période de la grossesse, s'oppose à ce qu'elles soient transmissibles, comme elles le deviennent plus tard par d'autres parties du fœtus que les parois thoraciques.

Malgré ces difficultés néanmoins, nos essais depuis le quatrième mois et demi jusqu'au commencement du septième mois de la grossesse, nous ont laissé l'intime persuasion que l'auscultation, même à l'époque dont nous venons de parler, serait presque toujours fructueuse si elle était souvent répétée ; aussi pensons-nous que si nos explorations ont été plusieurs fois sans résultat, c'est que la patience des femmes que nous examinions, et qui n'avaient aucun intérêt à s'éclairer sur un état qui ne leur inspirait ni doutes ni inquiétudes, leur patience, disons-nous, s'est plutôt épuisée que la nôtre.

Les premiers résultats des expériences de M. de Kergaradec l'avaient conduit à penser que la situation du fœtus devait influer sur la facilité et même sur la possibilité d'entendre les pulsations du cœur; qu'ainsi les positions de l'enfant qui mettaient sa région dorsale en rapport avec l'un des points de la paroi abdominale antérieure, et qui, par cela même, rendaient cette région dorsale de l'enfant médiatement accessible à l'oreille ou au stéthoscope, ces parties étaient seules favorables à l'auscultation, il est aisé de voir que cette première idée devait en avoir une autre pour conséquence; c'est que par l'auscultation il serait possible de reconnaître les rapports du fœtus avec la matrice et la partie supérieure du bassin, plusieurs praticiens ont adopté cette opinion de notre collègue, nous avons pensé qu'elle méritait un examen attentif.

Ce n'est pas sur un point circonscrit des parois abdominales antérieures, que les bruits du cœur s'entendent pendant la vie intrà-utérine, il est presque toujours possible au contraire d'en recevoir l'impression dans un espace assez étendu, par exemple dans un rayon de trois ou quatre pouces autour du point où les doubles battemens s'entendent avec le plus de force et de netteté. De plus, dans quelques cas, surtout lorsque les pulsations du cœur fœtal sont fortes, elles s'entendent dans un espace beaucoup plus étendu que celui que nous venons d'indiquer; nous ajouterons même qu'il n'est pas rare alors que les pulsations se fassent entendre avec plus ou moins d'intensité sur plusieurs points assez distans les uns des autres; dans d'autres cas, enfin, les doubles battemens se perçoivent très-obscurément partout où il est possible de les distinguer.

Il est très-vraisemblable que le point des parois abdominales sur lequel les doubles battemens s'entendent avec

le plus de force, correspond, non pas nécessairement au dos du fœtus, comme on paraît l'admettre généralement, mais simplement à l'une des régions du thorax; notre expérience justifie complètement cette opinion. Il est vraisemblable, aussi, que la perception des bruits du cœur, dans quelques points éloignés de celui dont nous venons de parler, a lieu par l'intermède d'autres parties solides de l'enfant, dans lesquelles le choc se propage et retentit en quelque sorte. Si notre opinion à cet égard est réellement fondée, comme nous le pensons, il est évident que l'intensité des bruits du cœur n'annonçant pas autre chose qu'un rapport probable entre le point des parois abdominales et utérines qui en est le siége, et l'une des régions de la poitrine du fœtus, il n'est pas possible que cette observation conduise à une connaissance exacte et certaine de ses rapports avec la cavité de la matrice, et par conséquent avec l'ouverture supérieure du bassin. D'un autre côté, les pulsations du cœur du fœtus offrant assez souvent le même degré de force sur plusieurs points différens, dont les uns sont rapprochés du fond et les autres du col de la matrice; il est difficile, dans ces cas, de juger même des rapports réels des extrémités de l'ovoïde fœtal avec les extrémités de l'organe qui le renferme; à plus forte raison, le diagnostic est-il difficile ou même impossible, quand les pulsations du cœur sont partout obscurément entendues. Enfin, les rapports de l'oreille ou du stéthoscope avec la poitrine de l'enfant, n'étant pas indispensables à la perception des battemens du cœur, puisque le choc peut en être propagé par d'autres parties de l'enfant, il est évident que l'auscultation a des ressources plus nombreuses qu'on ne l'avait pensé, et vous avez pu voir déjà que ces ressources ont laissé rarement nos explorations sans résultat.

Ainsi, Messieurs, sous ce rapport, l'on avait tout à la-

fois trop et trop peu présumé des avantages qu'offre l'auscultation appliquée à la pratique des accouchemens; on en avait trop présumé, quand on espérait reconnaître presque toujours par elle la situation réelle de l'enfant, et trop peu quand on pensait que les bruits du cœur ne pouvaient être propagés que par la région dorsale du fœtus, et que l'éloignement de cette partie de la paroi antérieure de l'utérus et de l'abdomen, devait rendre nuls les résultats de l'exploration à l'aide de l'oreille ou du stéthoscope. Il nous serait facile de justifier notre opinion, par des faits nombreux.

Parmi les inductions que l'on tira des premiers résultats obtenus par l'auscultation chez les femmes enceintes, nous ne devions pas négliger celles qui s'appliquèrent aux grossesses multiples et à la grossesse extrà-utérine; malheureusement pour le succès de nos recherches, ces cas sont rares, et cependant un hazard favorable a voulu que parmi les femmes examinées par nous, pendant le travail, trois aient eu des enfans jumeaux, et que depuis le commencement de nos expériences, nous ayons pu observer à l'hospice de la Maternité une grossesse extrà-utérine. Ce dernier cas ayant présenté quelques circonstances fort remarquables, nous réclamerons votre attention pour cet objet, dans une autre séance, et nous profiterons de cette occasion pour dire ce que nous pensons de l'auscultation appliquée au diagnostic de ces accidens fâcheux; nous nous bornerons donc aux grossesses multiples. Il était naturel de penser que, chez une femme enceinte de plusieurs enfans, l'auscultation permettrait de découvrir des doubles battemens sur différens points des parois abdominales; les détails dans lesquels nous sommes entrés déjà, peuvent vous faire reconnaître que cette circonstance même serait très-peu probante, à moins que sur deux points éloignés, l'impulsion eût exac-

tement le même degré de force et de netteté; on pouvait présumer aussi que, dans ce cas, il y aurait un défaut d'isochronisme entre des battemens partant de deux centres d'impulsion différens; tels devaient être les objets de nos investigations. Les femmes dont nous venons de parler furent examinées par nous avec la plus scrupuleuse attention, pendant leur grossesse et pendant le travail de l'accouchement, avant et après l'écoulement des eaux de l'amnios; notre examen pendant la grossesse et la première période du travail ne nous permit nullement de reconnaître la présence de plusieurs enfans. Les doubles battemens, chez ces femmes, furent entendus très-distinctement dans un point, mais assez obscurément dans plusieurs autres, pour que nous n'ayons soupçonné, dans ces cas comme dans beaucoup d'autres, que le résultat d'une transmission éloignée; mais lorsqu'après la rupture de l'une des poches et l'écoulement des eaux de l'amnios, la cavité utérine eût diminué de capacité, et que les parois de l'organe se furent presqu'immédiatement appliquées sur le tronc de l'un des deux fœtus, il devint facile alors de reconnaître les doubles battemens assez distincts, et sur deux points assez éloignés pour qu'il fut sinon certain, du moins très-probable qu'ils étaient produits par l'impulsion de deux cœurs différens. Tous nos soins furent employés, dès ce moment, à rechercher quel était le rhythme des deux circulations; il nous a semblé qu'il existait un isochronisme parfait entre les pulsations des deux cœurs; peut-être nos recherches ne purent-elles se prolonger assez longtemps pour nous permettre d'appercevoir quelques différences. Il n'est sans doute pas inutile de noter ici que, dans un de ces cas, l'enfant qui naquit le premier se présenta et parcourut le bassin en sixième position (Baudelocque); c'est-à-dire,

que sa région dorsale répondait directement à la paroi postérieure de l'utérus, qu'elle était, par conséquent, inaccessible au stéthoscope, et que les doubles battemens que nous avons parfaitement distingués nous avaient été transmis par la région antérieure et latérale gauche de la poitrine. Il est aisé de voir que nos résultats sur ce point, résultats peut-être trop peu nombreux encore, n'ont pas tout-à-fait confirmé les espérances que l'on avait conçues; mais qu'il nous soit permis d'ajouter que nous n'avons pourtant rien à regretter; car si l'auscultation, inutile au diagnostic pendant la durée d'une grossesse multiple, peut néanmoins nous éclairer pendant le travail, ce moyen d'exploration nous fournit des lumières alors même qu'elles peuvent nous être réellement utiles.

Un point assez intéressant méritait encore notre attention; il s'agissait de savoir si la circulation fœtale pendant la grossesse ou le travail était manifestement influencée par le trouble de la circulation maternelle ou par de fortes impressions morales; nous recherchâmes avec soin des femmes enceintes qui fussent dans des circonstances qui accélèrent ordinairement le mouvement circulatoire. Nous examinâmes les unes peu de temps après leur repas, d'autres après une marche rapide ou après avoir monté un escalier élevé, d'autres enfin pendant un accès fébrile, et quelques-unes dans le cours d'une maladie qui, durant depuis quelque temps déjà, pouvait avoir produit quelqu'altération sur la santé et probablement sur la circulation du fœtus : le pouls de ces diverses femmes offrait une différence de 90 à 120 pulsations; les doubles battemens dans toutes ces recherches nous ont paru n'avoir que le degré de force et de vitesse qui est le type de l'etat normal. Nous devons dire néanmoins que, depuis que nous nous sommes livrés à ces expériences, les occasions d'observer des femmes atteintes

de maladies graves pendant la gestation ne se sont pas présentées assez souvent à nous pour que nous puissions croire cette question résolue. Les résultats que nous avons obtenus méritent donc, ce nous semble, d'être contrôlés par d'autres recherches encore.

Quant à l'influence des impressions morales de la mère sur la circulation intrà utérine, nos recherches n'ont pu contribuer à jeter quelques lumières sur ce point de la science, que dans un seul cas, lequel, remarquable sous d'autres rapports, vous sera bientôt exposé; mais vous ne nous refuserez pas, Messieurs, de tâcher d'éclairer par quelques réflexions ce que nos expériences pourraient laisser dans le doute.

Les organes circulatoires du fœtus, qui, bien probablement pendant les premières phases de leur développement, ont dû trouver en eux-mêmes le principe de leur action, sont, même au terme de la gestation, indépendans de la portion du système nerveux qui chez lui doit présider plus tard à la vie animale; comment serait-il possible d'admettre dès-lors qu'ils pussent être influencés par les commotions morales de la mère, c'est-à-dire par les impressions que reçoit le système nerveux d'une vie animale à laquelle il est complètement étranger? Observons bien que si les impressions morales de la mère ont paru quelquefois nuisibles au fœtus, ce n'est pas par elles-mêmes, c'est-à-dire, par une influence nerveuse directe, mais parce qu'elles ont ralenti, affaibli ou suspendu même pendant quelque temps la circulation utérine.

Lorsque l'on recherche les pulsations du cœur du fœtus en parcourant avec le stéthoscope divers points de la paroi antérieure de l'abdomen, l'oreille, dans presque tous ces cas, reçoit l'impression d'un bruit pulsatif qui diffère des doubles battemens dont nous venons de par-

ler, en ce qu'il est simple, étendu dans une grande surface, isochrône aux pulsations de la mère, exempt de l'impression d'impulsion ou de choc, et qu'il semble se passer dans des organes ou des parties beaucoup plus sonores. Ce bruit a reçu de notre collègue M. de Kergaradec le nom de battement avec souffle, et depuis la publication de son Mémoire il a été généralement désigné par l'expression de souffle placentaire; il est évident que l'analogie de ce bruit avec celui qui se produit quelquefois dans les cavités du cœur et dans quelques autres parties du système vasculaire, et que l'opinion émise par M. de Kergaradec, relativement à la part que la circulation placentaire peut avoir dans le production de ce bruit, ont déterminé cette désignation : nous en examinerons bientôt la justesse.

Les raisons que nous vous avons indiquées déjà, et qui se sont opposées à ce que nous ayons pu rechercher les doubles battemens avant la fin du quatrième mois de la grossesse, se sont opposées, par conséquent, à ce que nous ayons pu rechercher les battemens avec souffle avant la même époque; mais à ce terme et chez quelques femmes avant d'avoir reconnu les pulsations du cœur nous avons très-distinctement entendu les pulsations avec souffle, nous les avons reconnues ensuite d'autant plus résonnantes et plus fortes que la gestation était plus avancée.

Il n'en est pas du souffle placentaire comme des battemens doubles; quoiqu'il soit ordinairement perceptible avant ces derniers, il ne nous a pas semblé qu'il fût aussi constant dans son existence; du moins nous est-il arrivé de ne pouvoir le trouver chez un assez grand nombre de femmes. Lorsque nous avons pu reconnaître les pulsations du cœur du fœtus en un point des parois abdominales à une époque avencée de la grossesse, il nous est bien rare-

ment arrivé de ne pas les retrouver au même point dans une exploration subséquente. Il n'en a pas été de même du souffle placentaire; il y a dans ce phénomène une variabilité rare, il est vrai, mais fort étrange, dont je vous donnerai l'idée par un exemple. En explorant, il y a quelque temps, une femme en travail, nous fûmes frappés de la force et de la résonnance du souffle placentaire chez elle; nous voulûmes profiter de cette occasion pour le faire entendre à notre collègue M. Cruveilhier : nous plaçâmes le stéthoscope sur la paroi latérale gauche de l'abdomen, au point même où le souffle placentaire nous avait paru le plus développé; nous ne l'y trouvâmes plus, et nous y avions renoncé lorsque, recherchant les battemens du cœur à droite et en bas, M. Cruveilhier entendit un bruit de souffle très-distinct et très-fort, et nous le fit entendre. Quelques instans après nous entendîmes de nouveau le souffle placentaire sur le point des parois abdominales où nous l'avions d'abord si bien entendu. Des faits analogues se sont une ou deux fois encore représentés dans le cours de nos recherches.

Le souffle placentaire peut offrir les caractères des divers souffles artériels, mais il a, quand il est bien franc et bien développé, une résonnance qui nous paraît lui appartenir et le distinguer, et qui nous a semblé fort remarquable, surtout dans les cas où l'utérus est très-ample et contient une grande quantité de liquide. Le phénomène dont nous nous occupons est trop remarquable, et nous avons trop de raisons pour croire qu'il est un des effets naturels et constans de la gestation, bien qu'il ne nous ait pas paru chez toutes les femmes enceintes accessible à nos sens, pour que nous n'ayons pas cherché à en fixer le siège, à en connaître les causes, à en déterminer la valeur dans le diagnostic de la grossesse.

Il existe une telle analogie entre les battemens avec

souffle et le bruit de soufflet, que la circulation dans le cœur ou dans toute autre partie du système vasculaire, fait accidentellement entendre chez quelques individus, qu'il est presqu'impossible de ne pas supposer de prime-abord que ce bruit se passe dans le système vasculaire de l'utérus ou de la partie maternelle du placenta. De plus, l'isochronisme de ces battemens avec ceux du cœur de la mère, leurs irrégularités et leurs intermittences quand la circulation maternelle est intermittente et irrégulière, ne permettent pas d'établir de doute à cet égard.

Ce premier point éclairci il s'agit de savoir quels sont les rapports de ce bruit avec la circulation du placenta ou avec le siège de cet organe dans la cavité utérine.

Nous croyons devoir rappeler que le placenta peut s'implanter sur les divers points de la surface interne de la matrice, mais qu'il occupe presque toujours un point des parois rapproché du fond, c'est-à-dire, de la partie la plus élevée de cet organe; que l'étendue commune de ses diamètres est de six à huit pouces; que la plupart de ses adhérences à la surface interne de la matrice se détruisent pendant l'expulsion du fœtus à mesure que l'organe qui le contenait revient sur lui-même et diminue de capacité; qu'enfin le décollement de cet organe temporaire se complète ordinairement au moment où les dernières parties du fœtus franchissent les organes génitaux externes. Il faut donc, si l'expression de souffle placentaire est juste, que le bruit auquel cette désignation s'applique se rencontre le plus souvent près du fond de la matrice, qu'il y soit circonscrit dans un espace semblable à celui qu'occupe le placenta, qu'il diminue à mesure que les communications vasculaires qui existent entre l'utérus et lui se détruisent pendant le travail, qu'il cesse lorsque ces communications sont entièrement suppri-

mées ; eh bien ! nos recherches ne nous ont pas conduit à de semblables résultats ; il est vrai que les battemens avec souffle s'entendent en général vers un point assez rapproché du fond de la matrice, c'est-à-dire, vers la portion de cet organe le plus souvent occupée par le placenta ; mais ces battemens se font entendre aussi trop souvent vers les parties inférieures de l'utérus, ils se propagent souvent aussi dans une surface trop étendue de la paroi abdominale antérieure, qu'ils occupent même quelquefois en totalité, pour qu'il soit possible d'admettre qu'ils appartiennent au placenta dont l'insertion a lieu très-rarement à la région inférieure de la matrice, et dont les diamètres n'égalent pas, à beaucoup près, les rayons dans la longueur desquels on entend les battemens avec souffle : nous ajouterons même qu'il nous est plusieurs fois arrivé d'avoir reconnu le souffle placentaire très-distinct sur l'une des parties latérales et supérieures de la matrice, et de le trouver en même temps aussi fort et aussi distinct, mais plus circonscrit, vers la partie latérale et inférieure de l'organe du côté opposé, c'est-à-dire, sur deux points séparés l'un de l'autre par un intervalle de quinze à dix-huit pouces environ. Nous dirons de plus que ces battemens avec souffle peuvent être fort bien entendus après l'expulsion du fœtus, lorsque les rapports vasculaires qui existent entre l'utérus et le placenta sont détruits en très-grande partie ou en totalité. Enfin il est une dernière et irrécusable preuve que les battemens avec souffle n'appartiennent pas à la circulation placentaire ; c'est que, même après l'extraction ou l'expulsion du délivre, il est assez facile de les entendre en appliquant le stéthoscope sur la portion de l'utérus qui s'élève au-dessus du pubis, et remplit en grande partie la région hypogastrique.

Il est évident, après les détails dans lesquels nous ve-

nons d'entrer, que les battemens avec souffle sont produits dans l'appareil vasculaire de l'utérus, qu'ils peuvent exister et qu'ils existent souvent en effet dans des points de cet organe qui n'ont aucun rapport avec l'insertion du placenta; si l'on a reconnu cependant, et si nous avons reconnu nous même que les battemens avec souffle s'entendent plus distincts et plus forts sur la partie de la matrice à laquelle le placenta adhère, cela dépend, non pas de ce que cet organe temporaire est le siège des battemens, mais de ce que les vaisseaux des parois utérines sont dans les points correspondans à l'insertion du délivre, beaucoup plus développés que partout ailleurs : ainsi l'expression de souffle placentaire pourrait être avec raison remplacée par celle de souffle utérin.

Le bruit de souffle n'appartient pas exclusivement à l'appareil vasculaire utérin : les cavités du cœur et quelques autres parties du système vasculaire en sont parfois le siège; il n'y a pourtant pas une parfaite analogie de son entre le souffle utérin et les bruits de soufflet les plus ordinaires; il y a dans le souffle utérin lorsqu'il est complet, beaucoup plus de résonnance que dans les derniers. Cependant il est un bruit vasculaire avec lequel les battemens avec souffle ont la plus exacte ressemblance; c'est celui qui résulte d'une varice anévrysmale, c'est-à-dire, du passage du sang d'une artère dans une veine. Cette analogie parfaite des deux bruits nous a fait penser qu'il pourrait y avoir analogie de cause, et nous l'avons cherchée dans la structure même de l'appareil vasculaire de l'utérus.

Lorsqu'on examine avec soin la disposition de l'appareil vasculaire d'un utérus qui a été récemment ou qui est encore développé par la gestation, lorsque surtout on fait dans cet appareil vasculaire quelques injections de liquide ou de gaz, on remarque aisément que les communications les plus faciles, les plus directes et les plus nom-

breuses, existent entre les artères et les veines; les parois utérines semblent être un véritable tissu érectile, ou pour revenir à l'objet de notre comparaison, un tissu *d'anévrysmes variqueux naturels* : la colonne de sang apportée par les artères, et divisée dans leurs branches, va se mêler en passant directement dans les veines, avec les colonnes moins rapides, moins pressées, que contiennent ces canaux. Ce phénomène est incontestablement la cause du bruissement et du bruit de souffle qui est si remarquable dans l'anévrysme variqueux; il est bien probable, quoiqu'on ne paraisse pas l'avoir observé encore, que le même bruit est produit dans les tissus érectiles accidentels; pourquoi ne le serait-il pas, pour les mêmes raisons, dans les parois d'un organe qui se compose en grande partie d'un tissu analogue.

Il ne nous reste plus qu'à fixer la valeur de ce phénomène dans le diagnostic de la grossesse; puisque les battemens avec souffle dépendent de la diffusion du sang dans le tissu vasculaire érectile de l'utérus, quand il est développé, il est évident que si la présence d'un produit de conception dans la cavité utérine peut seule déterminer le développement du tissu vasculaire de l'organe, les battemens avec souffle sont un indice incontestable de grossesse, et nous penserons qu'il en est ainsi, jusqu'à ce qu'il soit bien démontré par des faits que des causes étrangères à la grossesse, que des altérations pathologiques de l'utérus, par exemple, ont produit les mêmes résultats. Les battemens avec souffle ont même sur les pulsations du cœur cet avantage, que dans les grossesses commençantes ils peuvent être reconnus quelque temps avant que ces dernières soient perceptibles; mais le souffle utérin ne saurait, comme les doubles battemens du cœur, nous donner la certitude de la vie fœtale: nous n'appuyerons cette assertion que sur des faits qui vous sont déjà connus. Vous

n'avez pas oublié, sans doute, que parmi les femmes qui ont été soumises à notre exploration, trois sont accouchées d'enfans putréfiés. Chez ces trois femmes, dont deux furent examinées par nous pendant le travail seulement, et dont l'autre le fut pendant la grossesse et pendant l'accouchement, le souffle utérin fut entendu très-distinct, et même très-remarquable chez l'une d'elles, jusqu'à l'expulsion des fœtus.

S'il nous était permis, Messieurs, de regarder comme constans les résultats obtenus par nos expériences, voici les conclusions que nous pourrions rigoureusement en déduire.

1.° Il est possible de reconnaître, à l'aide de l'auscultation, les doubles battemens du cœur du fœtus, chez toutes les femmes en travail, pourvu que le fœtus soit vivant, que le sixième mois de la grossesse soit écoulé, que les membranes soient rompues, et qu'une portion du liquide amniotique soit évacuée. Chez presque toutes, le souffle utérin peut être entendu, quand la recherche de ce bruit n'est pas faite pendant la contraction utérine, qui le suspend lorsqu'elle est énergique et complète.

2.° Le fœtus peut-être considéré comme mort, *toutes* les fois que dans les circonstances favorables que nous venons d'indiquer, les pulsations du cœur n'ont pû être reconnues après des recherches fort attentives et souvent répétées. La persistance du souffle utérin, dans ce cas, ne dément pas cette présomption (1).

3.° Les mêmes résultats peuvent être obtenus de l'auscultation, pendant la grossesse, après le sixième mois, ou pendant les premiers temps du travail, avant la rupture des membranes. Cependant, les explorations peuvent être infructueuses alors, dans la proportion de 10 à 195 pour

---

(1) *Voyez* la note à la fin du rapport.

les battemens du cœur fœtal ; mais dans une proportion moins favorable encore pour le souffle utérin.

4.° L'application du stéthoscope ou de l'oreille peut presque toujours faire reconnaître les doubles battemens et les pulsations avec souffle, entre le 4.me mois et demi de la gestation et la fin du 6.me ; cependant les investigations demandent à être plus souvent répétées pour les battemens du cœur. Il n'en est pas exactement de même pour le souffle utérin, qui souvent à cette époque sert plus au diagnostic de la grossesse que les doubles battemens eux-mêmes.

5.° Ce n'est qu'au quatrième mois et demi de la gestation, que les pulsations du cœur du fœtus peuvent être distinctement reconnues ; le souffle utérin peut l'être une ou deux semaines à peu-près avant cette époque ; ce phénomène serait donc le premier indice certain de la grossesse.

6.° La force des doubles battemens est généralement en rapport avec la vigueur et le développement des fœtus ; toutefois, les exceptions à cet égard sont extrêmement nombreuses.

7.° Les pulsations du cœur, chez le fœtus, se reproduisent ordinairement de 140 à 150 fois par minute, mais elles peuvent offrir chez plusieurs des variations accidentelles dans leur intensité, et chez presque tous, des variations notables mais momentanées dans leur rhythme. (1).

8.° Ce n'est pas la région dorsale du fœtus seulement, mais les diverses régions de la poitrine, et probablement quelques autres parties encore, qui transmettent l'impression des doubles battemens ; cette circonstance, en rendant possible la perception des pulsations du cœur, dans

(1) *Voyez* la note à la fin du rapport.

quelque position que se trouve le fœtus, s'oppose cependant à ce que l'on puisse déterminer avec exactitude ses rapports réels avec la matrice et le bassin.

9.° L'auscultation, dans le cas de grossesse multiple, ne paraît devoir éclairer, ordinairement du moins, sur la présence de plusieurs enfans dans la cavité utérine, que pendant le travail et après la rupture de l'une des poches membraneuses.

10.° Le trouble de la circulation maternelle, quand il ne consiste qu'en une accélération du mouvement circulatoire; et les commotions morales qu'éprouve la mère ne semblent pas influencer la circulation fœtale.

11.° Les battemens avec souffle n'ont pas leur siége dans les vaisseaux du placenta, mais dans l'appareil vasculaire de l'utérus, ils sont généralement plus forts vers les points correspondans à l'insertion du délivre, parce qu'en ces points, le tissu vasculaire de l'utérus est plus développé; cependant le développement du tissu vasculaire n'étant pas exclusivement borné à ce dernier endroit, les battemens avec souffle s'observent souvent sur des points de la matrice qui n'ont aucune connexion avec le placenta.

12.° Enfin, le souffle utérin est tout-à-fait analogue au bruit de soufflet produit dans la varice anévrismale, l'anévrisme variqueux, et très-probablement dans les tissus érectiles accidentels, qui offrent un bruissement au toucher; il est déterminé par les mêmes causes, c'est-à-dire, sans doute, par le passage direct du sang artériel dans le système veineux et par le mélange de colonnes liquides qui, au moment même de leur rencontre, n'ont dans leur marche, ni la même rapidité, ni la même direction (1).

(*La suite au Numéro prochain.*)

---

(1) *Voyez* la note à la fin du rapport.

Considérations médico-légales sur certaines productions résultant de la décomposition des cadavres, et qui peuvent, dans quelques cas, aider à découvrir la cause de la mort; par le docteur Ollivier *(d'Angers.)*

§. I.er *Transformation particulière du sang.*

Dans un grand nombre de cas d'exhumations juridiques, il est souvent, sinon impossible, au moins fort difficile, d'arriver à une détermination satisfaisante des causes de la mort, quand il s'agit de faire connaître avec précision la lésion organique qui a pu faire succomber l'individu. Je n'entends pas parler ici des cas où la mort a été le résultat d'un empoisonnement ou de violences extérieures dont les traces sont durables, comme celles d'une fracture, par exemple : les causes de ce genre sont, pour la plupart, faciles à constater encore sur le cadavre ou ses débris, long-temps après l'inhumation.

Mais ce qui est alors fort difficile à retrouver, ce sont les traces de ces altérations organiques dont les effets, rapidement funestes, ont fait naître plus d'une fois le soupçon de mort violente; aussi, dans de telles circonstances, est-il arrivé que les recherches cadavériques ont été sans résultat, ne fournissant aucune lumière propre à détruire ou à confirmer les soupçons sur lesquels l'autorité avait besoin d'être éclairée. Toutefois, nous devons dire que ce résultat négatif ne doit point être attribué ici à l'insuffisance de nos moyens d'investigation, mais bien à la nature même des lésions qu'il s'agit de constater; car l'expérience a montré depuis long-temps que les parties qui étaient le siège d'une désorganisation profonde au moment de la mort, sont celles qui sont ordinairement envahies le plus rapidement par la décomposition putride,

et qui se trouvent conséquemment les premières détruites. Les expériences du professeur Orfila ont également prouvé que la solution de continuité des parties molles, comme des incisions ou des plaies non cicatrisées; hâtaient singulièrement aussi les progrès de la putréfaction.

C'est en considérant combien il existe de circonstances qui concourent à détruire des traces qu'il importerait de retrouver sur le cadavre, difficulté bien plus grande encore quand l'exhumation est faite à une époque déjà éloignée de celle de la mort, que j'ai compris toute l'importance qu'il doit y avoir à faire connaître ce qui peut aider la solution de quelques-unes des questions de médecine-légale qui se rattachent à la classe des altérations organiques dont je viens de parler. Ici presque tout est à découvrir, et de long-temps encore on n'arrivera à pouvoir établir quelques résultats généraux, car tant de causes font varier la marche et le mode de putréfaction des corps déposés au sein de la terre, qu'on peut difficilement concevoir d'avance quelle est la série des changemens d'état ou de transformations successives que telle ou telle altération organique peut elle-même subir, de manière à être reconnue sous la forme nouvelle et transitoire qu'elle revêt au milieu de la décomposition générale des autres parties du cadavre. Plus le problême est difficile à résoudre, plus il importe donc que chacun s'efforce de fournir des données propres à en favoriser la solution. C'est dans ce but que je rapporte l'observation suivante :

Le 11 novembre 1829, je fus chargé par le ministère public, conjointement avec M. le docteur Denis, de procéder à l'exhumation et à l'autopsie du cadavre de la femme Hivet, à Auteuil près Paris. Cette femme, morte le 10 août, avait été enterrée le lendemain 11, *précisément trois mois auparavant.* La rumeur publique accusait le mari d'être l'auteur de la mort, et d'après les ver-

sions de quelques témoins on supposait que cette femme avait été tuée par des coups violens portés sur le crâne, et qui en avaient brisé les os. Le mari, au contraire, déclarait qu'il avait été demander l'autorisation de faire inhumer le cadavre, au médecin chargé de vérifier les décès, en lui disant qu'il croyait que sa femme était morte d'un coup de sang; le médecin s'était contenté de cette simple déclaration, et avait délivré son certificat sans aller visiter le cadavre. Du reste, cette femme, âgée de 55 ans environ, était hémiplégique du côté gauche depuis neuf ans, et malgré son infirmité elle avait conservé jusqu'à sa mort un embonpoint considérable. On rapportait que, lorsqu'elle fut trouvée morte dans son lit, on remarqua qu'il s'était écoulé du sang par le nez et par la bouche. Le prévenu disait qu'il n'avait connu la mort de sa femme qu'en entrant le matin dans sa chambre, et qu'il était d'autant plus loin de la soupçonner morte, qu'elle s'était couchée le soir après son souper dans un état de parfaite santé.

Tels étaient les renseignemens qui nous avaient été transmis quand nous nous rendîmes à la mairie d'Auteuil, accompagné de M. Dieudonné, juge d'instruction, et de M. de Charencey, substitut du procureur du Roi. Le cimetière, peu distant du village, est, comme ce dernier, situé dans le bassin que traverse la Seine; le terrain est très sec et caillouteux. Le thermomètre marquait de 9° à 10° au-dessus de zéro, le temps était brumeux, et pendant que nous étions occupés à l'examen du cadavre, il tomba une pluie très-fine et abondante qui ne dura que quelques minutes.

Le cercueil était intact dans toute son étendue; les planches du couvercle avaient été affaissées à leur partie moyenne par le poids de la terre qui le recouvrait. La bière put être ainsi extraite de la fosse dans une intégrité

parfaite. Le couvercle enlevé, nous trouvâmes le corps exactement enveloppé par le linceul; celui-ci était recouvert, dans divers points, de larges taches brunes et verdâtres, produites par des moisissures qui s'étaient surtout formées là où le linge se trouvait en contact avec les planches du cercueil. Elles étaient beaucoup plus multipliées et très-humides à la partie postérieure du cadavre. Le fond de la fosse était humide, et la partie correspondante au dessous du milieu de la bière, était rempli par un liquide brunâtre, recouvert de moississures, qui avait évidemment transsudé à travers les planches du fond du cercueil. Le linge était encore intact; on ne le déchirait que difficilement, et les lettres initiales dont il était marqué, nullement altérées, achevèrent de démontrer que le cadavre exhumé était bien celui de la femme Hivet.

En coupant longitudinalement le linceul pour découvrir le corps, les ciseaux furent arrêtés au niveau de l'ombilic par une plaque assez large de cire à cacheter rouge qui collait ensemble la chemise et le drap. Les questions que nous adressâmes à ce sujet à la personne qui avait enseveli la défunte, nous apprirent que dans le village d'Auteuil et dans les environs, on a l'habitude de cacheter ainsi le nombril du mort lorsqu'on l'enveloppe dans le linceul, parce que, suivant l'opinion générale, toutes les matières contenues dans le ventre s'écoulent ordinairement par le nombril peu de temps après la mort, et que par ce moyen on empêche cet écoulement d'avoir lieu avant l'inhumation. On conçoit difficilement comment un préjugé aussi ridicule existe encore aujourd'hui parmi les habitans d'un village si voisin du Paris.

Le cadavre, entièrement découvert, n'a laissé dégager aucune odeur de putréfaction bien prononcée; il est singulièrement conservé, et dans un état de dessication tel, qu'en le prenant, soit par les pieds, soit par les épaules,

on pouvait le retourner d'une seule pièce sans que les membres éprouvassent la plus légère flexion. J'ai déjà communiqué ce fait à M. Orfila, qu'il a consigné dans son *Traité des exhumations juridiques* : c'est pourquoi, comme je le rapporte ici sous un autre point de vue que celui sous lequel il l'a envisagé, j'omettrai à dessein des détails de description qui ne se rattacheraient pas à l'objet dont je m'occupe dans ce mémoire.

Aspect extérieur. Les traits du visage sont défigurés par la bouffissure de la face, qui est d'un brun de bistre : bouche ouverte, lèvres desséchées et raccornies, langue noirâtre, dure, sèche, raccornie, réduite à une épaisseur d'une ou deux lignes, libre, et un peu saillante en avant des arcades dentaires; paupières fermées, noires et raccornies, de même que le nez qui est réduit à l'épaisseur de ses cartilages. Ce que j'avais omis d'indiquer dans ma première narration, c'est que la tête était tournée à gauche : on verra que cette circonstance méritait d'être notée. La couleur brune de la peau est plus foncée au front, au nez, autour des yeux, à la partie supérieure du crâne, de même qu'à la base de la mâchoire inférieure dont le relief est de niveau avec la circonférence du col qui est énormément tuméfié : la peau en est sèche et bruné comme celle de la face. La bouffissure des parties molles de la face et des parties supérieures de la poitrine a effacé presque complètement la région cervicale, qui n'est plus indiquée que par un sillon profond, résultant de la flexion naturelle de la tête sur la poitrine. La peau du cou et de la partie supérieure de la poitrine est également sèche, comme tannée. La partie postérieure et latérale gauche de la tête, qui reposait sur le fond du cercueil, est blanchâtre, légèrement humide, et tranche, par sa décoloration, avec la couleur rouge brune des parties environnantes, laquelle avait beaucoup d'analogie

avec la teinte que présentent les lividités cadavériques. Les cheveux, grisâtres et courts, s'enlèvent aisément en râclant la surface du cuir-chevelu.

La peau de la face, du cou et de la partie supérieure de la poitrine, est recouverte d'une couche graisseuse, butireuse, d'une demi-ligne d'épaisseur, d'un gris jaunâtre, qu'on enlève facilement. Cette couche graisseuse, déposée à la surface du derme, permet de reconnaitre, quand elle est enlevée, que la couleur foncée de cette partie des tégumens est due exclusivement à la teinte bistre du derme, dont les caractères anatomiques sont parfaitement conservés, et qui a une couleur de suie tout-à-fait semblable à celle qu'on observe dans les momies. Cette couleur bistre du derme disparaît insensiblement au-dessous du tiers supérieur de la poitrine; les deux tiers inférieurs de cette région, et tout l'abdomen, y compris la partie supérieure des cuisses, sont d'un blanc rosé. Dans toute cette étendue, la peau présente sa couleur et sa souplesse naturelles; l'épiderme y est intact et adhérent au derme. La peau des membres supérieurs offre le même état de conservation dans les points où ces membres sont en contact avec les parois de la poitrine et du ventre. Les avant-bras étaient croisés au-devant du pubis. Aux membres inférieurs, l'état de conservation de la peau n'est plus le même; sa surface est recouverte de moisissures verdâtres et humides; là, surtout, elle est en contact avec le linceul.

Toute la partie postérieure du cadavre est humide, d'une teinte rougeâtre plus prononcée sur les parties latérales du tronc, ainsi qu'on l'observe communément, quelque temps après la mort, sur les cadavres qui présentent des lividités nombreuses à la face postérieure du tronc et des membres. Les ongles des pieds et des mains sont singulièrement ramollis, d'un blanc grisâtre, et analogues

à des lames d'épiderme. La conservation des tégumens de l'ensemble du cadavre nous permit de constater avec la plus grande exactitude, qu'il n'existait sur aucun point de traces de lésions extérieures.

En incisant la peau dans les diverses régions du corps, on reconnaît que cette membrane est notablement desséchée, coriace, et présente à la coupe une surface lisse et polie, semblable à celle de la couenne du lard bouilli. Le tissu adipeux sous-cutané a la consistance du suif; sa couleur est d'un gris-blanchâtre, et offre à la coupe une surface granuleuse qui semble résulter de l'agglomération de granulations miliaires. Il est onctueux au toucher, et donne la sensation d'un savon gras. Dans toutes les régions où le tissu cellulaire et le tissu adipeux sont naturellement abondans, la couche qu'ils forment, incisée suivant son épaisseur, offre un aspect poreux, feuilleté, résultant de la présence d'une multitude de petites locules vides, produites par l'écartement des lames du tissu cellulaire, écartement dû, soit à l'état de dessiccation de ce tissu, soit au dégagement de quelques gaz développés pendant les premiers temps de l'inhumation du cadavre.

Tous les muscles de la face, des parois thoraciques et abdominales, des membres supérieurs et inférieurs, ont conservé la structure anatomique qui leur est propre; coupés profondément, soit parallèlement, soit perpendiculairement à la direction de leurs fibres, leur tissu présente une teinte uniforme d'un gris rosé, exactement semblable à celle de la chair bouillie : ils sont gras au toucher. Du reste, on peut isoler les fibres et les faisceaux qui les constituent, jusqu'aux tendons ou aponévroses d'insertion qui ont conservé tous leurs caractères physiques. Les muscles de la cuisse droite sont notablement plus rouges que ceux de la gauche; mais la même différence n'existe pas dans les muscles des jambes, non plus que dans ceux des membres supérieurs.

J'ai insisté avec intention sur tous les détails relatifs à l'aspect du corps extérieur et à l'état général de la peau et des muscles, afin de donner une idée aussi complète que possible du genre et du degré de décomposition que le cadavre avait subie, ces détails indiquant déjà dans quelles conditions peuvent se rencontrer les productions diverses sur lesquelles je veux appeler l'attention. Pour que les faits soient rapportés dans l'ordre le plus propre à faire ressortir les conséquences que j'en ai tirées, j'intervertirai la description que j'ai déjà donnée de cette autopsie, et je vais d'abord exposer l'état de l'abdomen.

Abdomen. A l'ouverture de cette cavité il ne s'est dégagé aucune odeur putride; tous les organes qu'elle renferme sont un peu affaissés, et recouverts par l'épiploon qui est chargé de graisse dont la couleur est d'un blanc-jaunâtre. Toute la surface du péritoine pariétal est tapissée de petits grains graisseux, jaunâtres, inodores, disséminés isolément, ou grouppés les uns près des autres; leur consistance est assez grande; ils ont, au toucher, l'onctueux du savon. Ces grains graisseux étaient mêlés à d'autres grains moins nombreux, plus blancs, très-solides, d'apparence crystalline, et que je présumai être formés de phosphate de chaux; mais telle n'est pas leur nature, ainsi qu'on le verra plus loin. Le tissu adipeux des épiploons, celui qui enveloppe les reins, etc., est grumeleux, formé de granulations très-distinctes. Au centre de la plupart des lobules graisseux les plus gros, on trouve un liquide rougeâtre, huileux; chaque lobule forme ainsi une espèce de géode, dont les parois, lisses et résistantes extérieurement, présentaient intérieurement des saillies stalactiformes, formées par l'agglomération de granulations graisseuses.

L'estomac et les intestins ont extérieurement la couleur qu'ils offrent habituellement dans l'état sain : ce degré

de conservation est remarquable. Leurs parois sont molles et résistantes comme dans un cadavre frais. La surface interne de l'estomac est sèche, d'un rose pâle; on n'y aperçoit aucune ramification vasculaire, et aucune trace d'altération. Même aspect pour les intestins grêles qui sont un peu rétrécis, et dont la membrane muqueuse est un peu grisâtre. Ces derniers, de même que l'estomac, ne renferment aucune espèce de matière étrangère, si ce n'est quelques grains blanchâtres, graisseux, semblables à ceux déjà indiqués, et que l'analyse démontra n'être composés que de matière animale. Les gros intestins ont à l'intérieur la couleur grisâtre des intestins grêles, et contiennent quelques débris de matières fécales. Le canal intestinal fut enlevé en totalité, et l'analyse chimique prouva qu'il n'y avait aucune trace de matière vénéneuse.

Le foie est d'un vert noirâtre, flétri, dans un commencement d'exsiccation; il offre à sa surface et dans l'intérieur de ses vaisseaux, une matière blanche, crystalline, que nous examinerons plus tard. La rate a conservé une densité assez grande : sa couleur et son volume sont les mêmes que quelques jours après la mort. A l'intérieur, elle est d'un rouge lie-de-vin. Les reins sont exactement dans le même état que chez un sujet mort depuis vingt-quatre heures. Leur conservation est probablement due à l'épaisse couche graisseuse qui les enveloppe. La vessie était vide, sa membrane interne à peine humide. L'utérus très-applati, sa cavité libre et de couleur grisâtre; ses parois avaient éprouvé un commencement de transformation graisseuse.

Poitrine. Les poumons, entièrement affaissés sur eux-mêmes, aplatis transversalement, étaient appliqués sur les côtés du rachis et du péricarde de la même manière qu'ils le sont chez un fœtus qui n'a pas respiré. Ils sont tel-

lement revenus sur eux-mêmes, qu'on le trouve en quelque sorte réduits à leur enveloppe séreuse. Leur tissu est mou, presque sec, et d'un vert-noirâtre. La trachée-artère fut ouverte dans toute sa longueur, ainsi que les bronches. La cavité de ces canaux aérifères était libre dans toute son étendue ; la membrane qui les tapisse, sèche et d'un gris-verdâtre. On remarquait seulement, le long de la partie postérieure de la trachée jusqu'aux premiers rameaux bronchiques, une tache longitudinale, brunâtre, évidemment formée par du sang desséché, qui s'était sans doute écoulé au moment de la mort, de l'arrière-gorge dans la trachée-artère et les bronches. La cavité de l'une et l'autre plèvres contenait dans sa partie postérieure un liquide rougeâtre, huileux, assez abondant (une demi-livre environ). A ce liquide était mêlée une matière grasse, d'un gris-jaunâtre, séparée en grumeaux plus ou moins gros, dont une partie était déposée sur la plèvre costale dans sa moitié postérieure. Le péricarde est sec, sa cavité sans sérosité est tapissée dans une partie de sa surface par une légère couche graisseuse formée par l'agglomération d'un grand nombre de petites granulations de la même nature. Cœur flasque, vide de sang, légèrement décoloré ; le tissu adipeux qui accompagne les vaisseaux coronaires est également transformé en une matière grumeleuse, plus solide, onctueuse, et d'un jaune-grisâtre. Les parois de l'aorte, des carotides, des iliaques, etc., sont sèches, élastiques comme dans l'état frais, et d'une couleur très-légèrement rosée.

Tête. Le crâne fut dénudé avec la plus grande facilité, les parties molles qui le recouvrent n'y adhérant que faiblement : toute sa surface fut ruginée avec soin, et nous reconnûmes qu'il n'existait aucune fracture des os qui le composent. Ces os étaient d'un blanc-grisâtre, ils se

laissèrent briser assez aisément. Le cerveau, diminué de volume, ne remplissait que les quatre-cinquièmes de la cavité crânienne; la dure-mère qui l'enveloppait était blanche, sans aucune altération. La pie mère n'existe plus; on trouve à sa place une matière jaunâtre, grasse, grumeleuse, qui enduit toute la surface des lobes cérébraux.

Ces derniers ont encore leur forme très-distincte; la saillie et les anfractuosités des circonvolutions sont conservées dans toute l'étendue des deux lobes, à l'exception du tiers antérieur du lobe droit, qui est entièrement transformé en une matière grasse, jaunâtre, pour ainsi dire friable, composée de grumeaux d'un blanc jaunâtre, de forme irrégulière, de consistance de suif, mêlés à une substance demi-liquide, huileuse, plus jaune et sans odeur. Cette matière est exactement semblable à celle qui recouvre la surface des deux lobes cérébraux. Les deux tiers postérieurs du lobe droit sont très-ramollis, presque convertis en bouillie, ensorte qu'on n'y distingue qu'imparfaitement les substances blanche et grise. Le lobe gauche, au contraire, est bien plus consistant, plus gros; on peut l'inciser par tranches qui laissent appercevoir les nuances grise et blanche des deux substances qui le forment. La teinte de la substance grise diffère à peine de celle qu'on observe dans l'état naturel, peu après la mort. Il est d'autant plus remarquable de voir la consistance et la conservation de la structure anatomique de ce lobe gauche, que l'inclinaison latérale de la tête avait dû nécessairement faire stagner les liquides de ce côté, dès les premiers temps de la mort, circonstance qui ne pouvait que hâter la décomposition de cette moitié du cerveau.

Le cervelet a la même consistance que le lobe gauche; les substances blanche et grise y sont aussi parfaitement

distinctes; sa structure feuilletée est très-reconnaissable; la pie-mère qui le recouvre est également disparue, et sa face inférieure, ainsi que la moelle alongée, sont baignées par un liquide huileux, très-jaune, qui stagne dans toutes les anfractuosités de la base du crâne, et qui reflue en assez grande abondance du canal vertébral. Ce liquide huileux contient une multitude de granulations graisseuses, consistantes, semblables à celles déjà décrites. La masse encéphalique, en totalité, laisse dégager une odeur très-peu fétide, mais un peu plus prononcée que le reste du cadavre. Il n'y a aucune fracture des os de la base du crâne.

Remarques. — L'état de conservation dans lequel nous trouvâmes le cadavre de la femme Hivet, quoique trois mois se fussent écoulés depuis l'inhumation, rendit toutes les recherches extrêmement faciles, et les détails qui précèdent ont prouvé qu'il n'existait sur aucun point du corps, et dans aucun des organes du ventre et de la poitrine, la moindre trace d'altération. Mais il n'en était pas de même du cerveau; en effet, on a vu que le lobe droit était bien plus mou et plus désorganisé que le lobe gauche, que son tiers antérieur était converti en une matière grasse, à-la-fois liquide et concrète, tout-à-fait semblable à celle qui existait sur toute la surface du cerveau, à la base du crâne et dans le canal rachidien. Ajoutons qu'une matière de même nature, offrant les mêmes caractères, se trouvait dans l'une et l'autre plèvres, en arrière des poumons qui étaient presqu'entièrement desséchés, là où s'étaient épanchés peu-à-peu les liquides que contenaient ces organes au moment de la mort.

En considérant l'abondance de cette production graisseuse dans la cavité thoracique, ainsi que les parties où elle y était déposée, en la retrouvant dans le crâne et le rachis où elle remplaçait en quelque sorte la membrane

vasculaire (pie-mère) qui enveloppait primitivement le cerveau et la moelle épinière, je fus conduit à penser que cette matière s'était formée là où du sang, ou bien un liquide sanguinolent abondant avait séjourné dans les premiers temps qui suivirent la mort. Cette conjecture, née de la seule inspection des débris du cadavre, acquérait d'ailleurs un nouveau degré de certitude par les renseignemens qu'on nous avait donnés, et dont elle confirmait en quelque sorte l'exactitude. En effet, qu'on se rappelle l'état antérieur de la femme Hivet, qui était hémiplégique du côté gauche depuis neuf ans, son extrême embonpoint, la rapidité de sa mort, et le sang qu'on vit peu après s'écouler du nez et de la bouche, les traces de mucosités sanguinolentes que nous retrouvâmes encore dans la trachée artère et les bronches; qu'on se rappelle, dis je, toutes ces circonstances, et l'on jugera, s'il n'est pas très-probable que cette femme a succombé à une nouvelle hémorrhagie cérébrale, dont l'action funeste avait été d'autant plus rapide que cet épanchement s'était opéré dans le côté du cerveau déjà altéré.

Telle fut notre opinion (1), fondée d'une part sur le ramollissement plus prononcé du lobe droit, ramollissement d'autant plus remarquable, que le lobe gauche, qui se trouvait, par sa position déclive, baigné par des liquides abondans, avait, au contraire, conservé une densité tout à-fait analogue à celle qu'on observe dans l'état naturel : cette différence ne pouvait donc résulter que de l'altération existant dans le lobe droit au moment de la mort. D'un autre côté, la transformation huileuse et graisseuse du tiers antérieur de ce même lobe, annonçait que là était

(1) D'après nos conclusions, que l'instruction de l'affaire vint encore corroborer, le prévenu fut renvoyé comme innocent de toutes les charges élevées contre lui.

le siége de l'hémorrhagie qui désorganisa tout-à-coup cette portion du cerveau, et causa la mort.

S'il n'y avait pas eu une altération particulière et profonde du tiers antérieur du lobe droit du cerveau, s'il n'y eut existé qu'un simple ramollissement, pourquoi cette transformation huileuse ne se serait-elle pas étendue au reste du lobe déjà altéré, au lieu d'être bornée ainsi à sa partie antérieure ? C'est précisément cette délimitation du siége occupé par cette matière grasse, sémi-concrète, qui me fait penser que là avait existé une hémorrhagie, un foyer sanguin, puisque la même matière a été trouvée dans les points seulement où le sang devait être accumulé plus abondamment au moment de la mort. Ne sait-on pas que dans les hémorrhagies cérébrales qui tuent rapidement, il existe souvent une congestion sanguine très-abondante dans l'un et l'autre poumons, coïncidence qui ne contribue pas peu à accélérer la mort. Or, les liquides résultant de cet engorgement sanguin s'épanchent ensuite peu-à-peu dans la cavité des plèvres, par l'effet de la transsudation cadavérique. Eh bien ! nous avons retrouvé encore dans chacun des côtés de la poitrine de la femme Hivet, une demi-livre environ d'un liquide rougeâtre, huileux, tenant en suspension une matière grasse, grumeleuse, identique, par tous ses caractères avec celle qui remplaçait la pie-mère, et le tiers antérieur du lobe cérébral gauche. Est ce donc faire un rapprochement forcé, que de conclure de faits aussi semblables, que cette production particulière est formée des mêmes élémens, et que tout annonce que le sang en a fourni spécialement les matériaux.

On peut donc établir : 1.° Que dans certains cas, au milieu de la décomposition putride qui envahit toutes les parties d'un cadavre dans le sein de la terre, le sang subit une transformation telle qu'on trouve à sa place une ma-

tière grasse, composée de grumeaux d'un blanc jaunâtre, de forme irrégulière, de consistance de suif, mêlés à une substance demi-liquide, huileuse, plus jaune, et sans odeur. 2.° Qu'en bornant, quant à présent, les applications et les conséquences de cette observation au cas dont il s'agit, ce fait a permis de constater, *trois mois après l'inhumation*, que la mort d'un individu, attribuée à des violences extérieures, était simplement le résultat d'une attaque d'apoplexie foudroyante (hémorrhagie cérébrale).

§. II. *Matière animale particulière.*

L'observation qui précède est un exemple de ce mode particulier de décomposition des cadavres, qui consiste en une momification progressive, sinon de la totalité, au moins d'une grande partie des organes et des tissus mous qui recouvrent le squelette. Mon but n'est pas de rechercher ici quelles sont les causes qui peuvent favoriser le développement de ce changement d'état des cadavres; je veux seulement signaler un des phénomènes qui se présente habituellement alors vers une certaine époque, soit qu'il y ait en même temps que l'exsiccation incomplète des parties, un commencement de saponification, soit que cette dernière transformation n'existe pas. Voici ce que j'ai observé dans plusieurs exhumations juridiques que j'ai été appelé à faire, l'inhumation datant de *trois mois*.

Le foie, qui est alors d'un vert noirâtre, flétri, dans un commencement de dessiccation, et très-notablement diminué de volume (de moitié environ), présente à sa surface une matière blanche, dure, tantôt sous forme de granulations, tantôt en lamelles aplaties, d'apparence cristalline, rudes au toucher, disposées en grouppes assez larges, et qui ressortent par leur blancheur d'une manière

d'autant plus remarquable, qu'elles adhèrent à une surface d'un vert foncé. Cette matière forme dans un point des bandes étroites, longitudinales, parallèles entre elles; dans un autre, ce sont des plaques arrondies, à zônes concentriques et ondulées, qui ont beaucoup d'analogie, par leur aspect, avec ces lichens blancs qu'on voit sur l'écorce de certains arbres.

On trouve encore à l'intérieur du foie de semblables grains blancs, miliaires, souvent très-nombreux, tapissant la paroi interne des veines de cet organe. On en observe de semblables à l'intérieur de l'aorte et des gros troncs vasculaires. La plupart du temps, ces grains blancs y sont déposés en séries linéaires: quelquefois ils forment ainsi une longue ligne, à peine sinueuse, dirigée suivant l'axe longitudinal de l'aorte, du côté par lequel ce vaisseau adhère à la colonne vertébrale. Je dois ajouter ici que ces grains blancs sont tout-à-fait différens de ceux qu'on trouve alors aussi dans l'estomac et les intestins; leur composition chimique est différente, comme on le verra ci-après, et leurs caractères physiques ne sont pas moins dissemblables.

Au milieu des grouppes en plaques qu'on observe sur le foie, il n'est pas rare de voir la même matière offrant une cristallisation radiée, de telle sorte que chacun de ces petits dépôts isolés forme autant de petites plaques étoilées, de deux à trois lignes de diamètre. D'après une disposition aussi remarquable, cette production particulière m'a paru mériter de fixer l'attention, et d'être étudiée chimiquement; M. Chevallier est occupé dans ce moment de l'analyse de cette matière. Jusqu'à présent les essais qu'il a faits n'ont pas justifié la première opinion que j'avais émise, sans examen préalable, il est vrai; j'avais pensé que cette matière était composée de phosphate de chaux, tandis que l'analyse chimique n'y a fait décou-

vrir que des traces de ce sel calcaire. Voici quelques-uns des caractères de cette substance particulière.

Elle n'est soluble ni dans l'alcohol, ni dans l'éther, mais ces deux liquides lui enlèvent une petite quantité de matière grasse qu'elle contient. Elle ne se dissout pas rapidement dans l'eau, il faut qu'elle y séjourne pendant un certain temps; si l'on fait chauffer le mélange, la dissolution s'opère plus promptement, mais il reste toujours un léger résidu insoluble. Quand on la met dans un creuset de platine, elle brûle avec flamme, et laisse un charbon noir, luisant, qui contient des traces de phosphate de chaux. Ces premières expériences annoncent bien déjà que cette substance est en grande partie formée de matière animale, mais elles n'expliquent pas à quelles combinaisons ce composé doit la forme cristalline que nous avons décrite. M. Chevallier continue ses recherches; peut-être arrivera-t-il à quelque résultat satisfaisant. Nous rapporterons alors avec détail les expériences dont il s'occupe.

Il n'est pas probable que cette production singulière puisse être la cause de quelque méprise en matière d'empoisonnement; car, qu'on la trouve adhérente à la surface du foie, ou détachée et libre au milieu des parties voisines de cet organe, l'analyse chimique démontrera toujours de la manière la plus positive, qu'elle diffère essentiellement de toute espèce de substance vénéneuse. Dans le dernier cas où j'ai recueilli cette matière, la mort, qui datait de trois mois, était attribuée à un empoisonnement, parce que l'individu avait succombé après avoir éprouvé des vomissemens et des évacuations alvines répétées. L'état de conservation de toutes les parties et du tube digestif en particulier, nous permit de constater qu'il n'y existait aucune altération organique, et l'analyse prouva qu'il n'y avait non plus aucune trace de poison.

Chez ce sujet, de même que dans le cadavre de la femme Hivet, aucune matière étrangère n'avait donc contribué à former la substance particulière dont il s'agit; la décomposition du cadavre en avait seule fourni les élémens.

Je ne pense pas qu'on puisse rattacher à la présence de ce composé nouveau, des considérations de la nature de celles qui ressortaient assez manifestement des faits que j'ai rapportés plus haut; mais il me semble intéressant de le signaler comme un résultat curieux des combinaisons nouvelles qui s'opèrent sous l'influence de la putréfaction. Ce n'est pas, en effet, le phénomène le moins remarquable de tous ceux qu'on trouve à étudier dans la série des décompositions que subissent les diverses parties du corps avant leur destruction complète. D'ailleurs, les recherches que nécessite chaque jour la médecine légale, prouvent combien il importe qu'on soit éclairé sur toutes les particularités que peut offrir la putréfaction des cadavres aux diverses époques qui suivent l'inhumation.

De l'utilité du lait administré comme remède et comme aliment dans le traitement de l'hydropisie ascite; par J. A. Chrestien, *docteur en médecine de l'Université de Montpellier, de l'Académie royale de Médecine.* (Fin.)

VII.e *Obs. — Tympanite. Emploi du remède de Fuller* (fotus adversus tympanitim); *guérison. Ascite; diète lactée. Disparition de tous les symptômes de l'ascite quand cette diète est rigoureusement suivie ou qu'on s'en écarte très-peu; retour de l'épanchement si l'on se permet un peu trop d'alimens solides, et, dans ce cas, annonce du retour de l'épanchement par un dépôt considérable de sel urique dans les urines.* — Un homme de

46 ans, d'un tempérament bilieux, sujet depuis plusieurs années à des accès d'asthme dont la cause prédisposante doit être attribuée à la conformation de la poitrine déprimée sur les côtés et très-bombée en avant, fatigué souvent par des flatulences, fut atteint de tympanite contre laquelle échouèrent plusieurs remèdes des plus vantés, et qui ne céda qu'à l'emploi du *lotus adversùs tympanitim*, dont on trouve la formule dans la pharmacopée extemporanée de Fuller. Pour ne point inspirer de répugnance au malade, je lui cachai la composition du cataplasme, mais je n'eus pas l'imprudence de rien changer à la prescription de l'auteur, pour n'avoir pas à me reprocher l'insuffisance du moyen au cas qu'il n'eût pas réussi, le mettant en usage pour la première fois.

La tympanite dissipée, je découvris dans le bas-ventre un épanchement que je soupçonnai, vu la rareté des urines et l'œdématie des jambes, de même que celle du scrotum, qui s'étaient manifestées depuis long-temps. Je ne crus pas devoir recourir de suite au lait comme aliment unique, les premières voies ne me paraissant pas en assez bon état, et je n'en prescrivis qu'un quart de litre à titre d'essai; il fut pris le matin à jeûn, mais abandonné après quatre jours, l'estomac ne le supportant pas. Sans négliger l'usage des diurétiques, je m'occupais particulièrement de rétablir les fonctions digestives. Deux mois s'écoulèrent avant que j'eusse obtenu les changemens que je sollicitais. Pendant ce temps, les enflures et l'épanchement restèrent dans un état presque stationnaire. Me croyant autorisé à mettre mon malade à la diète lactée, je la prescrivis, après avoir cependant tâtonné pendant quelques jours les effets du lait administré à petite dose. Le sujet étant d'une stature peu forte et petit mangeur, la quantité du lait fut, en débutant, d'un litre, et portée, par une augmentation journalière, à

deux litres et un quart, sans qu'elle fût plus augmentée.

Peu de jours après ce nouveau régime les urines furent moins rares ; bientôt elles coulèrent plus abondamment : trente jours après l'usage du lait, les enflures furent dissipées, et on observa une diminution sensible de l'épanchement. A cette époque, le malade se trouvant trop peu nourri et ne pouvant pas supporter une plus grande quantité de lait que celle qu'il prenait, je lui permis, une fois le jour, du riz cuit dans ce véhicule. Cet aliment n'ayant pas fait rétrograder l'amélioration, bientôt une seconde dose de riz pareille à la première, est prise dans la journée. Les phénomènes morbides ne se manifestant plus après quelques semaines, une portion de riz fut remplacée par un plat de viande, mais il fallut l'abandonner sous peu de jours à cause de la diminution notable des urines qui pour la première fois laissèrent un dépôt considérable de sel urique, et du développement du ventre dans lequel on découvrait du liquide. On revint au riz, et le bien s'est vite rétabli. Plusieurs tentatives du même genre eurent toujours le même insuccès. Pareils accidens ne se répètent plus, quoique de temps en temps le sujet prenne une fois le jour de la viande ou du poisson, parce qu'il revient au riz dès qu'il aperçoit dans les urines le dépôt de sel urique qui a toujours précédé leur diminution et l'épanchement dès le moment qu'il a voulu manger des substances animales. Il jouit d'ailleurs d'une bonne santé, très-décidé à se nourrir de lait et de riz, ce qu'il fait depuis plus de deux ans.

L'efficacité de la diète lactée dans le traitement de l'ascite me paraissant démontrée jusqu'à l'évidence par les faits que je viens d'exposer, je me dispenserais d'en présenter d'autres, si un confrère estimable, M. Jeanjean, instruit que je devais rédiger quelques observations sur l'emploi du lait, n'avait eu la bonté de m'en fournir un

d'un si grand intérêt, que je me reprocherais de ne pas le faire connaître.

VIII.ᵉ *Obs.* — *Ascite provenant d'une phlegmasie chronique du péritoine; diète lactée, guérison. Retour de la congestion séreuse par l'inobservation de l'emploi du lait pendant vingt jours; diète lactée. Suspension de cette médication à cause d'une forte diarrhée; emploi de la décoction de grains de café non torréfiés; guérison au bout d'un mois.* — M. B..., âgé de 36 ans, d'une forte complexion, d'un tempérament bilioso-sanguin, avait été sujet dans son enfance à des vomissemens de sang qu'on faisait disparaître par l'usage des vermifuges. Il n'éprouva depuis l'époque de la puberté que quelques accès de fièvre très-légers et de courte durée.

Malgré l'abus du vin et des liqueurs alcoholiques il jouissait d'une bonne santé, lorsque le 10 juin 1828, après avoir essuyé pendant douze heures une forte pluie, il fut atteint d'une dysenterie violente qu'il garda jusqu'à la fin de juillet sans faire aucun remède : ceux qu'il mit en usage dans les premiers quinze jours du mois d'août n'ayant pas amélioré son état, il vint demander mes conseils. Je prescrivis la décoction blanche de Sydenham, avec addition, sur chaque pinte, de dix-huit gouttes de laudanum liquide. Deux jours de l'emploi de cette boisson suffirent pour arrêter les déjections, mais la faiblesse du malade fut telle, qu'il ne put se rendre chez moi qu'avec la plus grande peine, quoique depuis plusieurs jours les évacuations alvines eussent cessé. Je fus frappé de son état. Le ventre était météorisé, douloureux à la moindre pression, surtout vers la région du foie. La fièvre se faisait sentir. L'estomac ne pouvait supporter aucun aliment. L'émaciation était effrayante, la figure décomposée. La conjonctive était teinte en jaune; la peau présentait la même couleur, et était de plus brûlante et sèche.

La rougeur et l'aridité de la langue se faisaient remarquer. Le malade avait une soif ardente. Les urines très-rouges et peu abondantes étaient rendues avec difficulté.

La réunion de tous ces phénomènes ne me laissant aucun doute sur une inflammation chronique de tous les viscères contenus dans l'abdomen et du foie principalement, je prescrivis une diète rigoureuse, l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme, des crêmes de riz alternées avec du bouillon de viande très-léger.

Le 1.er septembre la fièvre avait cessé; l'appétit se faisait sentir. J'ordonnai du bouillon plus nourrissant et à des intervalles plus courts. La douleur à l'hypochondre droit avait disparu, mais l'abdomen était encore un peu boursoufflé, l'ictère plus prononcé. Les urines plus rares, presque noires, teignaient fortement le linge en jaune. Quoique l'état fut moins fâcheux que celui que j'ai dépeint plus haut, j'insistai pour qu'on ne changeât pas de régime. M. B... se trouvant mieux et oubliant mes avis, se livra à son appétit.

Le 20 septembre, le ventre n'était plus douloureux, mais il était très volumineux, et il était permis d'évaluer, sans exagération, à quinze pintes, le liquide qu'il contenait.

M. B... fut mis à l'usage du petit-lait, à un régime doux, et aux crêmes de salep le soir. Le 3 octobre, la fièvre reparut, l'appétit manqua, l'estomac se refusa à tout aliment, et le petit-lait était pris avec répugnance. Le ventre était plus distendu, les urines coulaient à peine, la soif était inextinguible, et la respiration très-gênée.

Je venais d'avoir récemment un exemple de guérison radicale d'une hydropisie ascite aiguë, suite d'une inflammation des viscères abdominaux par répercussion ou métastase d'un rhumatisme articulaire, guérison pro-

duite très-promptement par le seul usage de la diète lactée proposée par M. Chrestien, appelé en consultation. Je me décidai pour le même moyen. Je fis administrer dans vingt-quatre heures et par petites doses, une pinte de lait de vache, cru, et à la température de l'appartement, toute autre boisson et tout autre aliment étant interdits. Le lait ayant bien passé, la dose du lendemain fut augmentée d'un quart de pinte. Même augmentation eut lieu le surlendemain. Le malade eut un dévoiement qui, dans l'espace de vingt-quatre heures, le fit aller plus de cinquante fois à la selle, où il rendit une quantité considérable de matières bilieuses, ainsi que la partie caséeuse du lait, moulée. L'emploi du lait fut suspendu pour deux jours seulement, les évacuations alvines ayant cessé, mais repris après à la dose d'une pinte. Nul accident n'ayant paru, la dose fut augmentée de demi-pinte, et successivement portée à trois pintes qu'on n'augmente plus. Le cours des selles étant devenu régulier, celui des urines fut plus abondant. L'ictère disparut peu-à-peu, le ventre diminua considérablement; au point que, exploré le 20 octobre, il n'offrit pas la moindre trace d'épanchement: nulle douleur ne se fit plus sentir, et tous les viscères, sans en excepter le foie, parurent être dans le meilleur état. J'engageai fortement le malade à continuer encore pendant long-temps le régime dont il avait autant à se louer; mais il oublia le bien qu'il en avait retiré, et reprit bientôt sans le moindre ménagement ses habitudes de santé pour le manger et le boire.

A peine se fut-il écoulé une vingtaine de jours, qu'un nouvel épanchement dans la cavité abdominale se manifesta. Le malade, sans me consulter, se remit vite au lait, qu'une forte diarrhée fit abandonner presque aussitôt. Je fus appelé (ce fut le 20 novembre). J'évaluai la quantité de liquide contenu à vingt litres au moins. Je

prescrivis l'eau de riz gommée, les purées de lentilles, et bientôt le dévoiement fut arrêté. Il était raisonnable, d'après ce qui s'était passé lors de la première diarrhée, de revenir au lait; il fut employé de nouveau, mais l'estomac ne put pas le supporter, et il fallut recourir à d'autres moyens. Douze grains de digitale pourprée macérée dans la salive, sont frictionnés matin et soir sur la face interne des cuisses et des jambes. A l'eau de riz, qui servait de boisson ordinaire, on ajouta l'acétate de potasse (12 grains par pinte); mais les urines ne coulent presque plus. Une petite toux sèche survient. L'infiltration des extrémités inférieures et supérieures se déclara. La suffocation est imminente. Des pilules de digitale et d'assa-fœtida sont administrées, et quoiqu'elles le soient avec prudence, elles ne servent qu'à aggraver l'état de M. B... Je fais suspendre tout remède, le 6 décembre. A mon insçu, le malade prend une tisane faite avec les cloportes et la racine de pariétaire, mais sans résultat.

Le 12 décembre, je me serais décidé à pratiquer la paracentèse, si je n'avais voulu essayer la décoction des grains de café non torréfiés. Je l'avais vu agir comme puissant diurétique, chez un de mes amis à qui M. Chrestien l'avait prescrite dans l'intention de pousser les urines. Comme j'en avais étudié les effets, je m'étais assuré qu'elle ne fatiguait point l'estomac, qu'elle excitait au contraire les fonctions digestives, donnait du ton aux organes, et qu'elle relevait puissamment les forces générales. Je prescrivis en conséquence une décoction faite avec quarante grains de café vert de première qualité, dans une pinte d'eau de fontaine. L'ébullition eut lieu à gros bouillons pendant deux heures, et pendant six on laissa le café en macération (1).

(1) Chaque cinquième jour on augmenta de cinq grains la dose

Au cinquième jour d'usage de cette décoction, prise chaque jour à la dose d'une pinte et demie de colature, le malade eut une évacuation abondante d'urines bourbeuses, de même qu'une légère moiteur aux cuisses. Au dixième, les urines coulant facilement et en plus grande quantité, furent beaucoup plus chargées. La moiteur devint générale, l'infiltration des extrémités, tant inférieures que supérieures, commença à diminuer. Le quinzième jour fut marqué par un flux considérable d'urines infiniment moins chargées que les précédentes, mais très-mousseuses. Des sueurs copieuses et générales accompagnèrent la crise qui s'opérait par les voies urinaires : dès-lors l'appétit, qui avait été languissant, se fit vivement sentir. De bons consommés, des gelées de viande, du rôti et de bon vin vieux pris avec modération, servirent à soutenir et à relever les forces épuisées.

Au vingt-cinquième jour, on ne découvrit plus de liquide dans le bas-ventre, et les extrémités eurent repris leur volume normal. Quoique tout annonçât une guérison complète, j'exigeai que le moyen qui l'avait procurée fût continué encore pendant un mois. Comme l'emploi de la décoction était accompagné d'une nourriture substantielle et d'un régime qui plaisait infiniment au malade, celui-ci le suivit avec exactitude, et au terme fixé il eut recouvré une santé excellente qui ne s'est point démentie depuis plus de deux ans.

P. S. Hors la diarrhée dont il a été fait mention durant l'un et l'autre traitement, les selles furent assez régulières.

Obligé, pour ne pas tronquer l'observation de M. le docteur Jeanjean, de rapporter un fait étranger à mon

---

précédente, jusqu'à ce qu'on fut arrivé à 80, nombre qui fut continué tout le reste du traitement.

sujet, je crois pouvoir profiter de la circonstance pour faire part de la guérison d'une hydropisie ascite opérée par les préparations aurifères. Si quelqu'un dit : *sed non erat hìc locus*, j'alléguerai pour ma justification le désir d'être utile, et je pense atteindre ce but, en faisant connaître deux moyens thérapeutiques auxquels le vrai praticien s'empressera de recourir dans certaines circonstances. La décoction de café lui offrira une ressource contre l'ascite atonique, et il sera autorisé à opposer les préparations d'or à l'ascite scrofuleuse.

IX.e *Obs. — Anasarque et ascite survenues sous l'influence d'une affection scrofuleuse ; guérison par les préparations aurifères.*—Marie Rascol, femme Lapeyre, de Cannes, arrondissement de Carcassonne, âgée de 24 ans, d'une faible constitution, lymphatique, avait, jusqu'à l'époque de la puberté, offert des engorgemens des glandes sous-maxillaires et abdominales, sans douleurs violentes et sans venir jamais à suppuration.

Depuis l'âge de seize ans jusqu'à celui de vingt-deux, époque de son mariage, Marie Rascol ne ressentit que de temps à autre l'atteinte de l'affection scrofuleuse, mais un an après être mariée, cette affection reparut sous forme de bosselures dans l'abdomen; on les attribua à des coups reçus sur cette partie. Trois mois après l'apparition de ces engorgemens glanduleux, il se manifesta une anasarque et une hydropisie ascite qui résistèrent aux apéritifs, aux diurétiques, aux fondans et aux évacuans. La malade souffrait peu, elle mangeait passablement, dormait, mais les remèdes ne produisaient aucun effet apparent. Après en avoir épuisé un grand nombre conseillés pendant cinq mois par divers praticiens, la malade se confia à M. Gillard et à moi. Nous crûmes trouver dans les préparations aurifères un moyen efficace, et nous fîmes prendre du 10 au 23 septembre 1829, un

grain de muriate d'or divisé en douze fractions, en frictions sur la langue, un second grain du 23 septembre au 6 octobre, divisé en dix fractions, et un troisième grain du 7 au 16 octobre, divisé en neuf fractions. Pendant tout ce temps, la malade fit matin et soir des frictions sur l'abdomen, avec, gros comme une aveline, de pommade faite avec un gros d'oxyde d'or par l'étain, et une once d'axonge.

Ce traitement suivi avec exactitude ne produisit pendant deux mois aucun résultat sensible; ce ne fut que vers la mi-novembre que les urines devinrent abondantes et claires, de rares et troubles qu'elles étaient, et que des sueurs douces et modérées dissipèrent l'anasarque et l'ascite. Bientôt reparut le flux menstruel supprimé depuis cinq mois, ce qui détruisit des soupçons de grossesse annoncée par un chirurgien distingué, et consolida la guérison qui s'est raffermie de jour en jour.

A Cannes, le 10 août 1830.

SIZAIRE, *docteur en médecine.*

Il serait très-aisé de tirer, des faits que je viens d'exposer, des conséquences qui fourniraient de l'intérêt. Mon âge, mes occupations, et le peu de goût que j'ai pour écrire m'empêchent d'entreprendre un travail qui pourrait me mener fort loin. La seule conséquence que je veuille tirer des observations que je présente, par le seul motif qu'elles me paraissent offrir une utilité incontestable, quelle que soit la théorie qu'on adopte pour expliquer les effets du lait, c'est que dans presque tous les cas d'hydropisie ascite accompagnée ou non d'anasarque, on peut, on doit même essayer de la diète lactée avant d'avoir employé aucun autre remède. J'en excepterai cependant en général, l'ascite reconnaissant pour cause l'élément scrofuleux, la théorie rationnelle et l'ex-

périence, surtout, apprenant que le lait n'est pas le remède le plus propre à la combattre. Si je dis, en général, c'est que je crois à la possibilité qu'une ascite, par une cause étrangère à la diathèse sérofuleuse, se manifeste chez un sujet entaché de cette dernière, et alors la diète lactée pourrait être suivie du plus grand succès; mais dans aucun cas il ne faudrait s'obstiner à en user, si, après huit ou dix jours de son emploi, on n'en avait pas obtenu un effet diurétique marqué, bien entendu qu'on l'abandonnerait plutôt, au cas qu'elle donnât lieu à des accidens graves ou d'une extrême importance.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION (1),

RÉDIGÉ PAR MM. CHANTOURELLE, DONNÉ, GUILLEMOT, MONDIÈRE ET VELPEAU.

Recherches pour servir à l'histoire de l'œsophagite aiguë et chronique; par J. T. MONDIÈRE, *médecin du Bureau de charité du 3.e arrondissement et de la Société générale de Prévoyance, membre de la Commission de salubrité, et de la Société phrénologique de Paris, secrétaire de la Société médicale d'Emulation de la même ville.* (III.e article. — *Rétrécissemens. Traitement.*)

Dans le précédent article (2), nous avons parlé de l'œsophagite aiguë et des rétrécissemens qu'elle produit : il nous reste maintenant à poser les bases du traitement

(1) Les lettres ou paquets destinés à la Société doivent être adressés, *franco*, à M. Bricheteau, secrétaire-général, rue Christine, N.° 1.

(2) *Archives*, tome XXV, p. 358.

applicable à ces rétrécissemens organiques de l'œsophage, et ce n'est pas la partie la moins importante ni la moins difficile de notre travail. En effet, parmi les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, les uns ont, trop facilement sans doute, admis la possibilité de guérir le plus grand nombre de ces rétrécissemens, entraînés qu'ils ont été par quelques succès obtenus dans des cas d'une nature toute autre que ceux dont nous nous occupons. Ainsi, pour citer un exemple, nous pouvons affirmer, d'après la lecture attentive des observations, que très-souvent on n'a point eu affaire à des rétrécissemens organiques, mais bien à des rétrécissemens spasmodiques; et nous ferons voir, dans un autre article, avec quelle facilité ces derniers cèdent fréquemment à une seule introduction d'une sonde. Les autres, imbus de fatalisme médical, ont déclaré incurable toute altération organique de l'œsophage; et trop souvent, dominés par cette idée d'incurabilité, ils ont eu à se reprocher de ne pas avoir tenté les moyens qui avaient réussi dans quelques circonstances; c'est encore, d'après cette opinion sans doute, que nous voyons la plupart des praticiens de nos jours, et surtout des chirurgiens français, regarder comme nuisibles et condamner deux modes de traitement qui comptent cependant des succès; nous voulons dire la dilatation au-moyen des sondes et la cautérisation.

Malgré les recherches nombreuses auxquelles nous nous sommes livré, nous n'avons pu rassembler un nombre de faits authentiques assez grands pour mettre, dès aujourd'hui, hors de doute l'efficacité de ces moyens, mais ce que nous dirons suffira, nous l'espérons du moins, pour prouver qu'ici encore la vérité se trouve entre deux opinions extrêmes; et que si, dans quelques cas, il est permis au médecin de demeurer simple spectateur des accidens qu'il ne peut que pallier, il en est d'autres, et

beaucoup plus nombreux, où il ne peut, sans se rendre coupable de lèze-humanité, abandonner la maladie à sa marche naturelle, et ne pas tenter des moyens qui, appliqués par une main prudente, ne sauraient être nuisibles.

Mais avant d'aborder la discussion relative aux deux méthodes thérapeutiques dont nous parlons, disons que l'on pourra quelquefois prévenir les rétrécissemens organiques de l'œsophage, en combattant avec énergie et persévérance l'inflammation chronique de ce conduit, soit qu'elle soit primitive, soit qu'elle succède à une phlegmasie aigue. Les moyens antiphlogistiques que nous avons conseillés et vu réussir dans le traitement de l'œsophagite aiguë, sont encore applicables à celui de cette inflammation quand elle a revêtu un caractère chronique; mais seuls ils ne peuvent plus suffire, et il faut de toute nécessité seconder leurs effets par des moyens révulsifs énergiques appliqués et sur les parties voisines du mal et sur des organes éloignés. Ainsi après avoir fait, selon les forces du malade et le degré d'acuité de la maladie, une ou ou plusieurs applications de 15 à 20 sangsues, on les emploiera en plus petit nombre, comme moyen résolutif, et on appliquera ensuite sur les parties latérales ou postérieures du cou, entre les épaules, à l'épigastre, selon le siége de la maladie, des vésicatoires, des cautères, des moxas, des sétons, dont on entretiendra longtemps la suppuration. En même temps on devra agir sur les intestins au moyen de substances purgatives.

L'observation suivante prouvera que par ces moyens, non seulement on peut prévenir les rétrécissemens organiques de l'œsophage, mais encore les guérir, quand ils existent depuis peu de temps.

Jean W..., âgé de 57 ans, pâle et d'une santé faible, éprouva, à la partie supérieure du sternum et dans la

direction de l'œsophage, de la douleur et un sentiment de constriction. Dans les mouvemens de la déglutition, l'intensité de ces symptômes augmentait beaucoup, et les alimens, s'ils étaient pris en trop grande quantité à la fois, ne pouvaient descendre dans l'estomac, et étaient rejetés immédiatement par le vomissement. Les substances solides ne pouvaient être avalées, et même celles qui étaient d'une consistance presque molle, prises en trop grande quantité, ne parvenaient qu'en partie dans le ventricule. Quand les alimens étaient arrêtés dans l'œsophage, le malade éprouvait une douleur vive, et qui devenait excessive quand ils étaient, par un mouvement antipéristaltique de ce canal, rejetés par la bouche. La santé générale avait beaucoup souffert depuis le commencement de la maladie qui remontait à trois mois. L'estomac et les intestins étaient souvent dérangés et, en raison de la nutrition imparfaite, la maigreur était très-grande.

En introduisant une sonde dans l'œsophage, on reconnut un rétrécissement vers le point de ce canal qui correspond aux cartilages du larynx. Ce rétrécissement avait à peu-près un pouce de long et était très-considérable. Cette affection, qui parut être un rétrécissement inflammatoire sans aucune tendance à la dégénération carcinomateuse, fut combattue par les sangsues au cou, l'usage du calomel et l'emploi momentané des sondes. Sous l'influence de ce traitement peu énergique, la maladie diminua tellement que W. put avaler quelques alimens solides, quoique leur passage à travers le rétrécissement renouvelât les douleurs et déterminât des spasmes (1).

(1) *The Lancet*. 1827. T. XXII, p. 736. — On peut en général faire le reproche à ceux qui écrivent dans ce recueil anglais, de laisser trop souvent incomplètes des observations pleines d'intérêt. Cependant on peut, dans le cas cité plus haut, croire qu'une guérison

De ce fait nous rapprocherons celui de M. Lochevrel, que nous avons déjà cité dans un de nos précédens articles, et dans lequel la déglutition redevint facile pendant quelque temps, par suite de l'application de moxas vers l'appendice xyphoïde (1). Mais ce serait regarder comme beaucoup trop facile la cure de cette altération, que de vouloir rattacher aux rétrécissemens organiques de l'œsophage ces guérisons promptement obtenues au moyen de l'hydrochlorate d'ammoniaque (2), et par Munckley, Ruysch, Mauchart (3), au moyen des frictions mercurielles. Dans le premier cas il y eut seulement spasme momentané de l'œsophage, et dans le second, compression de ce conduit par les ganglions cervicaux engorgés.

Nous n'ignorons pas que dans l'exercice de la médecine, il peut y avoir de graves inconvéniens à se laisser séduire par la facilité d'étendre une méthode thérapeutique adaptée au traitement d'une maladie, à une autre avec laquelle on lui trouve des points de contact plus ou moins nombreux ; mais on est aussi forcé de convenir que, par le secours des vraies analogies, l'art s'est considérablement agrandi, et qu'il leur doit une partie de ses succès les plus brillans. C'est ainsi que la compression, considérée comme moyen dilatant, et la cautérisation, d'abord employées dans les cas d'oblitération du canal nasal, n'ont pas tardé à être mises en usage dans le traitement des rétrécissemens du canal de l'urètre. C'est encore l'analogie qui porta Mauchart (4), le premier à prendre en

complète a dû être le résultat d'un traitement qui avait apporté une aussi grande amélioration dans l'état du malade.

(1) *Recueil periodique*. T. XXII, p. 145.

(2) *Journal des Progrès*. T. XI.

(3) *De strumâ œsophagi. Resp. Ph. Beuttel. rec. in Haller. Disp. med. pract.* T. II, p. 395.

(4) *Idem.*

considération les rapports qu'ont entre eux, dans certains cas, les rétrécissemens de l'urètre et ceux de l'œsophage, et à proposer de leur appliquer le même moyen thérapeutique, c'est-à-dire, la dilatation par les bougies et les sondes creuses.

Toutefois ce n'est peut-être pas sans une apparence de raison que quelques praticiens n'ont pas voulu admettre cette analogie. M. Boyer (1) entr'autres regarde cette opinion comme tout à fait erronée, ce qui semble avoir influé sur le choix de la médication qu'il propose, et l'avoir porté à blâmer l'emploi des sondes et à plus forte raison celui des caustiques.

Mais il est une autre portion du tube disgetif qui, sous le rapport anatomique et sous le point de vue pathologique, offre avec l'œsophage une plus grande analogie que le canal de l'urètre; nous voulons parler du *rectum*; et nous nous étonnons qu'on n'ait point encore cherché, à notre connaissance du moins, à éclairer la pathologie du premier de ces organes par celle de l'autre. Nous croyons inutile de rappeler ici la structure anatomique presque semblable à ces deux extrémités du tube digestif. Nous dirons seulement que leurs maladies sont les mêmes, depuis les différentes espèces de vices de conformation qu'ils peuvent présenter, jusqu'aux lésions organiques les plus profondes. Aussi nous croirons-nous autorisés à invoquer comme preuves de l'efficacité de la dilatation et de la cautérisation dans le traitement des rétrécissemens de l'œsophage, les cas de rétrécissement du rectum dans lesquels on aura avec succès mis en usage ces méthodes thérapeutiques.

Ceci posé, examinons quels sont les avantages et les inconvéniens de ces deux méthodes appliquées au traitement des rétrécissemens de l'œsophage.

---

(1) *Maladies chirurgicales*. T. VII, p. 165.

Le traitement par dilatation repose entièrement sur les mêmes principes que celui des rétrécissemens de l'urètre et du rectum par les bougies. Ainsi, introduire dans l'œsophage et y laisser séjourner, pendant un temps plus ou moins long, des bougies ou des sondes de gomme élastique, dont la grosseur est graduellement augmentée, combattre par les antiphlogistiques et les révulsifs l'inflammation qui existe déjà et celle que leur séjour peut déterminer, et seconder leurs effets par les mêmes moyens et les frictions mercurielles ou avec l'hydriodate de potasse, telle doit être la conduite du médecin. Et il est d'autant plus nécessaire de combiner l'action de tous ces moyens avec celle de la dilatation, que celle-ci, on ne saurait se le dissimuler, ne fait que combattre la maladie dans ses effets; et, si quelques médecins ont avancé, avec juste raison, que dans le traitement des rétrécissemens organiques de l'urètre par les sondes, on n'obtient, dans la généralité des cas, qu'une cure lente et momentanée, nous verrons qu'il en est à-peu-près de même dans ceux de l'œsophage, et qu'ici encore, quelle que soit la répugnance que l'on éprouve à l'employer, la cautérisation est le moyen le plus prompt et le plus efficace.

Ce n'est point ici le lieu de rappeler ces longues discussions sur l'action de la compression dans le cancer. Peut-être la divergence d'opinions des médecins nationaux et étrangers, sur les bons et les mauvais effets de ce moyen thérapeutique, tient-elle uniquement à ce que le mot *cancer* n'exprime pas, pour tous, la même idée? Qu'il nous suffise de rappeler que la compression agit en favorisant l'absorption, et que l'observation de tous les jours démontre que son emploi a des succès incontestables dans les maladies extérieures qui offrent, pour complication, une induration blanche du tissu cellulaire, comme dans les vieux ulcères aux jambes, etc. Rappellons encore que

M. Récamier (1) l'a employé avec des avantages plus ou moins marqués dans le squirrhe du sein. Enfin invoquons l'analogie, et disons que notre célèbre Desault (2), qui le premier eut l'heureuse idée de combattre les rétrécissemens squirrheux du rectum par des mêches introduites dans cet intestin, n'a eu qu'à s'applaudir de ses essais, et que sa méthode thérapeutique, employée par ceux qui l'ont suivi dans la carrière chirurgicale où il s'est tant illustré, a été plus tard couronnée de nombreux succès.

Ce que nous avons dit à l'article de l'anatomie pathologique doit faire pressentir que le succès de l'emploi des sondes dans les rétrécissemens de l'œsophage sera d'autant plus assuré que la maladie sera moins ancienne. Nous avons vu en effet que, le plus ordinairement, dans le principe l'affection ne consistait que dans une simple hypertrophie d'une ou de plusieurs membranes de l'œsophage, que ce n'était que beaucoup plus tard et par suite de l'action permanente de l'irritation, que ces tissus hypertrophiés s'éloignaient enfin plus ou moins de leur texture primordiale, et que même, comme dans l'observation de M. Cassan, où cependant la maladie existait depuis longtemps, il y avait rétrécissement sans aucune trace de la moindre altération de tissu.

Il ne nous appartient pas d'examiner les raisons qui ont pu, dans le cas que nous venons de citer, engager MM. Duméril et Dubois à ne pas se rendre aux vives sollicitations du malade qui, persuadé que l'obstacle au libre passage des alimens existait dans l'œsophage, priait instamment qu'on introduisît dans ce canal soit une sonde, soit un instrument quelconque. Cependant nous ne pou-

(1) *Journal de Chirurgie*. T. I.er, p. 268.

(2) *Traité du cancer*. T. I.er, p. 550 et suiv.

vons nous empêcher de leur reprocher de ne pas avoir essayé d'introduire une sonde pour s'assurer au moins du siège positif et du degré du rétrécissement, et surtout pour injecter dans l'estomac des substances plus solides et plus capables d'appaiser la faim dévorante du malade : ce conseil a cependant été donné et suivi par ceux-là même qui rejettent l'emploi des sondes comme moyen curatif.

Quoi qu'il en soit, aucun des cas que nous connaissons et qu'est venue éclairer l'anatomie pathologique, ne se présenta avec des circonstances plus favorables pour la dilatation, et nous devons d'autant plus regretter qu'elle n'ait pas été tentée, que nous possédons moins de faits propres à nous faire porter un jugement solide sur cette méthode thérapeutique. Essayons cependant d'éclairer ce point de médecine pratique par le peu de faits que renferment les annales de la science.

Obs. I.re — (1) Une femme âgée de 46 ans, d'une constitution assez bonne, autrefois robuste, mais affaiblie depuis quelque temps par le chagrin et des maladies fréquentes, éprouva dans le courant de mai 1797, de légers picotemens vers la partie inférieure du pharynx. Pendant quinze mois les picotemens ne se firent sentir que tous les trois ou quatre jours; mais au bout de ce temps, ils se changèrent en une douleur réelle et continue. La malade éprouva alors de la difficulté à avaler, surtout les alimens solides. La déglutition devint de jour en jour plus difficile et fut entièrement supprimée, le 9 novembre 1799. Cette malheureuse, privée tout-à-fait d'alimens pendant sept jours, tourmentée par une faim dévorante que ne pouvait appaiser la faible ressource des lavemens nourrissans, s'éteignait sensiblement. M. Boyer, consulté alors, jugea que l'indication la plus pressante était de nourrir la ma-

(1) Boyer, *loc. cit.*, p. 172.

lade. Il introduisit sur-le-champ par la bouche, dans le pharynx et l'œsophage, une sonde de gomme élastique sans stilet. La sonde pénétra aisément jusqu'au commencement de l'œsophage, mais elle fut arrêtée dans cet endroit par un obstacle insurmontable. L'opérateur substitua à cette sonde une algalie d'argent, qui pénétra après une forte résistance, et servit à injecter une assez grande quantité de bon bouillon. Prévoyant les inconvéniens qu'il y aurait à répéter plusieurs fois par jour son introduction dans l'œsophage rétréci, M. Boyer introduisit une sonde de gomme élastique qu'il ramena, d'après sa méthode, dans une des fosses nasales, et la fixa solidement. Pendant les cinq premiers jours la sonde causa un peu d'irritation; le sixième, la malade cracha une matière puriforme. Ce crachement augmenta les jours suivans et le dixième la sonde commençant à vaciller, la déglutition naturelle d'une petite quantité de fluides put se faire. Le quatorzième, la malade ôta la sonde et avala facilement des liquides; mais six jours après, la déglutition était absolument impossible. M. Boyer introduisit alors une sonde plus grosse que la première; elle servit à porter des alimens dans l'estomac, mais elle fut sans effet pour la dilatation du point rétréci de l'œsophage. La malade, forcée de la porter pendant cinq mois, la sentit toujours également pressée. Cette constriction opiniâtre pouvant être le résultat d'une irritation nerveuse, on prescrivit des bains tièdes qui ne produisirent aucun effet. Privée d'alimens solides et tourmentée presque continuellement par la faim, malgré la grande quantité de liquides nourrissans injectés dans l'estomac, la malade s'affaiblit par degrés et mourut le 2 avril 1800, près de trois ans après le commencement de sa maladie. L'ouverture du corps ne fut point faite.

D'après ce fait, le célèbre professeur se croit autorisé à

rejeter l'emploi des sondes dans des cas semblables. Voyons cependant si quelques réflexions ne porteraient pas à en tirer une conclusion moins défavorable pour le moyen que nous examinons. Et d'abord nous ferons remarquer combien la maladie était déjà avancée, lorsqu'on réclama les secours de M. Boyer. En effet, l'œsophage était entièrement fermé, puisque la malade n'avait rien pu avaler depuis sept jours, et qu'il fut nécessaire de frayer de vive force, à travers le rétrécissement, une route pour faire passer une sonde de gomme élastique, et cependant malgré ces circonstances des plus défavorables, il ne survint qu'un peu d'irritation. Le sixième jour, la malade commença à rejeter une matière puriforme qui n'était sans doute que le mucus œsophagien sécrété en plus grande quantité, et modifié dans sa nature par suite de l'inflammation causée par le séjour de la sonde, comme cela se voit pour le canal de l'urètre. Le dixième jour, la sonde commença à vaciller, et la malade put avaler une petite quantité de liquide. Le calibre de l'œsophage s'était donc déjà agrandi, et par le dégorgement de ses parois et par leur affaissement produit par la sonde. Dès ce moment on aurait dû augmenter la grosseur de cet instrnment, et ainsi toutes les fois qu'il fût devenu vacillant, et ne pas permettre à la malade de l'enlever, comme elle le fit, le quatorzième jour. En effet, il arriva là ce que l'on voit survenir dans le canal nasal, lorsque la canule qu'on y a placée en est chassée trop promptement, le conduit se rétrécit de nouveau, et six jours suffirent pour faire perdre toute l'amélioration qu'on avait obtenue. Quant à la constriction qui retenait la sonde qu'on introduisit après cette époque, elle dépendait bien probablement du gonflement inflammatoire des parties qui formaient le rétrécissement, et il eût fallu, dès le commencement et à ce dernier moment surtout, le combattre par les sangsues,

les moxas, les vésicatoires, etc. La seule conclusion un peu rigoureuse que nous puissions tirer de ce fait, c'est que s'il ne peut servir à établir l'efficacité des moyens dilatans, il est bien plus loin encore de prouver leur inefficacité, et parce que la maladie était arrivée à une période trop avancée dès le commencement du traitement, et que celui-ci n'a pas été conduit avec toute l'attention et toute la persévérance nécessaires.

Un point important encore que nous présente cette observation, c'est qu'il y a moins d'inconvénient qu'on ne pourrait le penser d'abord, à se frayer, de vive force, une route à travers les rétrécissemens de l'œsophage, quand ce conduit est totalement bouché, comme on l'a fait quelquefois pour des maladies analogues de l'urètre. Un fait de ce genre, très-intéressant, est celui que M. Van-Velsnaer (1) a consigné dans sa Thèse.

Appelé auprès d'un malade atteint de rétention d'urine, et que plusieurs médecins n'avaient pas pu sonder, ce chirurgien se fraya, de vive force, une voie à travers les parties rétrécies, au moyen du mandrin de la sonde, et, par cette conduite hardie, sauva les jours du malade, et parvint ensuite à le guérir de son rétrécissement.

Dans l'observation suivante, où les moyens dilatans furent également mis en usage à une époque très-avancée de la maladie, nous verrons déjà leurs bons effets plus marqués, sans doute, parce que leur emploi fut et plus méthodique et secondé par l'action des révulsifs.

IIe *Obs.* (2). — « M. Collet, négociant à Orléans, âgé de soixante ans, d'une forte constitution, s'était

---

(1) *Diss. sur divers points de l'art de guérir.* Paris, 1821, N.° 204, page 19.

(2) M. Carrier, *Annales de la Soc. roy. des sciences, belles-lettres et arts d'Orléans.* T. IV, p. 145. 1822.

toujours bien porté ; mais des procès de famille, des contestations sans cesse renouvelées sur des intérêts pécuniaires troublèrent son repos et portèrent atteinte à ses fonctions digestives. »

« Vers le mois d'avril 1821, M. Collet éprouva quelque dégoût et un sentiment pénible vers la région épigastrique ; il lui semblait, disait-il, que les alimens ne pouvaient plus passer : l'application des sangsues à l'anus, un léger purgatif et l'usage des sucs de cerfeuil et de cresson rétablirent l'appétit ; mais la difficulté d'avaler augmenta. Examinée le plus profondément possible, la gorge n'offrait rien de remarquable ; à l'extérieur du col, et surtout dans la direction de l'œsophage, on ne découvrait aucune tuméfaction ; le malade lui-même, en plaçant le doigt sur la partie antérieure de la poitrine, rapportait l'obstacle à-peu-près au tiers inférieur de l'œsophage : des sangsues appliquées à la gorge, le plus près possible du sternum, furent sans effet. Le 15 juin, les boissons ne passaient plus qu'avec une peine extrême. M. le docteur Jallon ayant été appelé en consultation, nous convînmes d'appliquer un vésicatoire à la gorge, des sinapismes entre les deux épaules, et de donner intérieurement le muriate de mercure doux : moyens inutiles, le mal fit des progrès. Convaincus de la nécessité de reconnaître exactement la nature de la maladie, nous prîmes le parti d'explorer l'œsophage au moyen d'une sonde de gomme élastique. Arrivés au tiers inférieur, la sonde rencontra un obstacle qu'elle ne put franchir ; le malade éprouvait d'ailleurs une toux suffoquante et des envies de vomir, qui nous forçaient de suspendre nos recherches. Déjà M. Collet avait perdu son embonpoint, son teint se décolorait : le malade désirant consulter les médecins de la capitale, nous l'adressâmes à M. Dupuytren, qui conseilla, pour tout traitement, d'introduire dans l'œso-

phage une longue bougie formée de cordes à boyaux, qu'on laisserait séjourner pendant quatre à cinq heures, afin d'opérer une dilatation mécanique. Ce moyen était impraticable à cause des soulèvemens d'estomac, et surtout de la toux suffocante qu'excitait la présence de la sonde. Cependant les forces du malade s'épuisant, nous crûmes indispensable de renouveler nos tentatives; une bougie élastique, mince, telle que celle dont on se sert dans le rétrécissement du canal de l'urètre, pénétra un peu plus avant que lors de notre premier essai. Au bout de trois ou quatre jours elle pénétra dans l'estomac; alors on remplaça la bougie par une sonde creuse, dont le mandrin en baleine lui donnait la souplesse et la solidité convenables; c'est au moyen de cette sonde qu'on se hâta d'injecter dans l'estomac des boissons nourrissantes dont le malade éprouvait le plus grand besoin.

» Cette opération se répétait deux à trois fois par jour; la quantité de liquide injecté s'élevait journellement à plus de deux pintes, et je ferai observer que les digestions n'en furent point laborieuses, qu'il n'y eut jamais ni dévoiement ni envie de vomir.

» Graduellement on réussit à introduire avec assez de facilité des sondes œsophagiennes d'un très-gros calibre; ces sondes avaient le double mérite de dilater davantage le canal et de permettre l'injection d'alimens plus épais et plus substantiels. Pendant plus d'un mois on n'employa pas d'autre moyen de nourrir le malade, et il n'avait rien de pénible. Un matin la sonde éprouva plus de résistance que de coutume; je me disposais à la retirer, lorsque des efforts de toux et de vomissement chassèrent une grande quantité de sanie infecte, avec des débris d'une substance charnue, désorganisée, crépitant sous le scalpel. Dès ce moment les sondes passèrent plus facilement, et quelques jours après la déglutition commença à s'opérer. Heureux de pouvoir manger un peu de soupe, un œuf frais, sans

le secours d'une sonde, le malade se ranimait et concevait l'espérance d'une guérison complète; mais son espoir ne fut pas de longue durée. Le 15 août il me fit appeler, et me dit que le matin en mangeant sa soupe il lui était survenu une toux violente avec expectoration abondante, et qu'il était menacé de suffocation dès qu'il avalait une seule goutte d'eau, ce sont ses expressions.

« Il était facile de juger que l'œsophage était perforé et que les liquides entraient dans la poitrine. »

« Comme il éprouvait une soif dévorante, occasionnée par la toux, la fièvre et la chaleur qui était très-forte ce jour-là, M. Collet me pria de lui passer la sonde pour lui injecter quelques boissons rafraîchissantes. Je m'aperçus bientôt à l'air qui sortait par l'ouverture de la sonde et par la toux suffocante qu'elle produisait, que j'avais pénétré dans la poitrine et non dans l'estomac. Le lendemain, on réussit à introduire une sonde d'un très-petit calibre dans cet organe; quelques jours après, on injecta par la sonde un demi-verre de boisson; à l'instant même le malade tomba à la renverse sans connaissance, et comme frappé de la foudre : toute la boisson avait passé dans les poumons, et ce n'est pas sans peine que ces organes s'en débarrassèrent. Il fallut renoncer à l'usage des sondes, et on eut recours aux lavemens nourrissans. La toux était continuelle; l'expectoration purulente. M. Collet vécut dans ce déplorable état à peu près vingt jours, et succomba le 15 septembre, six mois après l'invasion apparente du mal. »

Autopsie. — L'œsophage était détruit dans une étendue de deux pouces au moins, à un pouce et demi au-dessus de son passage à travers le diaphragme; les deux bouts de ce canal flottaient dans un ulcère considérable qui avait rongé du côté droit la cloison du médiastin postérieur et avait altéré le poumon droit dans une assez grande étendue. Cet ulcère livide et sanieux paraissait le résultat de la perfora-

tion de l'œsophage et de l'épanchement des liquides; l'estomac et les intestins étaient sains. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter textuellement les réflexions de l'auteur, dont nous partageons l'opinion. « On remarquera, dit-il, combien l'introduction des sondes a été avantageuse, puisqu'elle a fourni le moyen de nourrir le malade avec une extrême facilité pendant plusieurs mois; qu'elle a concouru à dilater l'œsophage au point de rendre la déglutition possible; qu'elle a donné l'espoir d'une guérison complète, espoir qui, dans une circonstance moins grave, pouvait se réaliser. »

Nous ferons aussi remarquer cette expuition de matière sanieuse, analogue à celle que rendit la malade de M. Boyer, après que la sonde eut séjourné plusieurs jours; le rejet de cette masse squirrheuse semblable à celle que rendit le malade dont nous avons rapporté l'observation d'après Vater (1); la destruction de la paroi postérieure de l'œsophage et l'altération du poumon, altération qui produisit la mort, et qui n'est pas aussi rare qu'on serait tenté de le croire, comme nous le démontrerons en recherchant comment la mort arrive par suite des altérations plus ou moins profondes de l'œsophage et des organes environnans; enfin, nous devons tenir compte de l'opinion émise par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, puisque le conseil qu'il donna, dans le cas que nous venons de rapporter, prouve qu'il reconnaît la possibilité de guérir, par la sonde, les rétrécissemens organiques de l'œsophage.

L'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. Nonat, interne des hôpitaux de Paris, vient encore rendre plus évidente cette possibilité.

VIII.e *Obs.* — Bazin, Jean-Nicolas, de Surêne près

(1) *Archives de Médecine.* T. XXV, p. 367.

Paris, âgé de 55 ans, jardinier, n'avait jamais, jusqu'au 10 décembre 1827, ressenti aucune gêne ni aucune douleur en avalant. A cette époque et sans cause connue, il commença à éprouver de la difficulté à avaler les alimens solides : bientôt il survint de la douleur que le malade rapportait au niveau du larynx. La dysphagie fit de jour en jour des progrès sensibles, et au mois de janvier, Bazin ne pouvait plus prendre pour nourriture que de la semouille ou autres alimens semblables, encore n'était-ce pas sans beaucoup de peine. Dès ce moment, il maigrit, et à son entrée à l'Hôtel Dieu, le 7 février 1828, sa constitution était sensiblement altérée; il avalait avec peine les liquides. Le doigt porté profondément dans la gorge ne fit découvrir aucun obstacle qui put expliquer cette gêne dans la déglutition; mais en explorant avec une sonde de gomme élastique le conduit pharyngo œsophagien, on rencontra bientôt un obstacle qu'il fut impossible de franchir; son siège paraissait être au niveau du larynx à la partie supérieure de l'œsophage. La sonde exploratrice dont on se servit avait une ligne et demie de diamètre, ce qui indique combien était considérable le rétrécissement. Il y avait peu de douleur; le malade accusait seulement un léger picotement au fond de la gorge. Du reste, toutes les autres fonctions s'exécutaient bien. L'absence des douleurs fit penser à M. Sanson que ce rétrécissement était dû à l'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux, et le souvenir d'un cas semblable guéri en Angleterre, par la dilatation, engagea ce chirurgien à tenter le même moyen dans cette circonstance. En conséquence une bougie conique fut introduite dans les fosses nasales, et à l'aide du doigt portée dans le pharynx, d'où elle pénétra facilement dans la partie supérieure de l'œsophage. Elle fut bientôt arrêtée, mais à force de tâtonnemens, on parvint à engager son extrémité dans le rétrécissement. On la laissa à

demeure jusqu'au soir, en ayant soin de la fixer au dehors. Elle fut alors enlevée pour permettre au malade de prendre du lait ; réintroduite immédiatement après, elle pénétra plus facilement, et le troisième jour elle fut remplacée par une autre d'un diamètre plus considérable, dont le calibre fut aussi progressivement augmenté jusqu'au troisième jour, époque à laquelle le malade pouvait déjà avaler des alimens demi-solides. Malheureusement abusé sans doute sur le mieux qu'il éprouvait, Bazin voulut sortir de l'hôpital, laissant par là incomplète une observation qui eut pû offrir le plus grand intérêt sous le rapport thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'ici l'emploi des sondes n'ait eu un résultat avantageux, et que le succès eut été complet si le malade n'avait pas aussi promptement quitté l'hôpital. Ce qui nous le fait croire, c'est que la maladie existait depuis peu de temps, et que par conséquent l'altération de l'œsophage devait encore être peu profonde. Nous omettons à dessein quelques autres cas également incomplets pour arriver à d'autres faits peu nombreux, il est vrai, mais beaucoup plus concluants.

IVe *Obs.* — (1). Un homme entra à l'hôpital St.-Barthélemy de Londres. Il ne pouvait avaler les alimens solides; les liquides seuls pouvaient passer : M. Earle conseilla l'emploi des sondes, des frictions mercurielles, la diète, etc. Quinze jours après, amélioration : introduction d'une sonde plus grosse; et au bout de six semaines guérison complète. Le rétrécissement occupait la partie supérieure de l'œsophage.

Ve *Obs.* — (2). Paletta nous fournit un autre cas de

(1) *The Lancet.* 1825. T. V. Novembre.

(2) *Exercitationes pathologicæ.*

guérison, dû à un certain Migliavacca. Il s'agit d'une dysphagie que ce chirurgien observa sur une jeune fille et qu'il crut occasionnée par un polype de l'œsophage, parce que l'affection avait fait des progrès très-lents, et parce que, quand la malade vomissait, il lui semblait qu'un corps était subitement chassé de l'œsophage. Dans l'espace de trois ans, la maladie fit peu-à-peu des progrès tels, que les liquides ne parvenaient plus dans l'estomac que goutte à goutte et après les plus grands efforts. Ni la vue, ni le toucher ne faisaient rien découvrir dans le pharynx. Migliavacca fut conduit à pousser des bougies dans l'œsophage, pensant que ce canal supporterait facilement leur séjour, puisqu'on pouvait sans inconvénient en laisser séjourner dans l'urètre qui est doué d'une plus grande sensibilité. Il essaya d'introduire une bougie d'un très-petit calibre, mais il ne put vaincre l'obstacle que rencontra cet instrument, qu'une vive anxiété, de la toux et des vomissement l'obligèrent à retirer. Dans une seconde tentative, la malade surmontant, par une ferme volonté, la gêne et la douleur qu'elle éprouvait, la sonde fut poussée au-delà de l'obstacle et laissée en place. Peu à peu la grosseur des bougies fut augmentée, et leur emploi suivi avec soin et méthode permit, au bout de cinq semaines, à la malade d'avaler. Après qu'on eut cessé l'emploi des bougies. il y eut une expuition puriforme qui dura un mois et dont la cessation fit croire à Migliavacca que la guérison était complète. Son attente ne fut pas trompée, car treize mois après la déglutition était toujours facile.

VIe *Obs.* — (1). Une femme âgée de 50 ans, d'une constitution nerveuse, consulta M. Macilwain pour une difficulté qu'elle éprouvait à avaler. Elle rapporta que,

(1) *Surgical observations on the more important diseases of the mucous canals of the body. London*, 1830, in-8.°, p. 244.

pendant plusieurs années, elle avait été affectée de spasme à la gorge et parfois d'impossibilité d'avaler. Elle faisait remonter à vingt ans l'origine de sa maladie. Ces symptômes augmentèrent graduellement de fréquence et d'intensité, jusqu'à ce qu'il lui fut impossible d'avaler aucune substance alimentaire, si elle n'était auparavant réduite en pulpe fine, et quelquefois même, malgré cette précaution, le bol alimentaire était encore arrêté et produisait une grande anxiété, des spasmes et des menaces de suffocation. La malade était sujette à la constipation et avait beaucoup maigri, quoique la santé générale ne parût pas affectée, ni les autres fonctions dérangées. M. Macilwain essaya d'introduire dans l'œsophage un petit cathéter qui lui sembla pénétrer un peu dans la partie affectée, mais auquel il ne put faire traverser le rétrécissement. Il survint une vive anxiété et des spasmes; M. Macilwain ordonna une mixture dans laquelle entrait la poudre de valériane, le camphre et la teinture de castor, et le long de l'œsophage un emplâtre de tartre stibié qu'il remplaça plus tard par un emplâtre de belladone, et fit aussi appliquer des sangsues qu'il répéta avant chaque introduction de la sonde. Bientôt cet instrument put, sans déterminer les accidens dont nous avons parlé, être introduit et rester quelque temps appuyé sur le rétrécissement. Peu de temps après, ce dernier put être franchi par une sonde d'une grosseur moyenne, et déjà M. Macilwain avait deux fois augmenté le calibre de cet instrument, lorsque la malade voulut quitter Londres. Au bout de quelques mois, le médecin qui fut alors chargé de diriger le traitement, écrivit à M. Macilwain, qu'il partageait son opinion sur la nature de la maladie, qu'il la considérait comme tenant à une inflammation chronique, que l'amélioration avait fait des progrès, et que sous peu la guérison serait complète.

VII.e *Obs.* (1) — Une femme âgée de 19 ans éprouva, sans en connaître la cause, une dysphagie qui augmenta graduellement jusqu'à ce qu'elle fût incapable d'avaler aucun aliment solide. Les efforts auxquels elle se livrait déterminaient un haut degré d'irritation, sa santé s'altéra, elle maigrit et devint d'une susceptibilité nerveuse excessive. Les divers moyens mis en usage ne lui procurant aucun soulagement, elle vint à Londres au mois de mai 1822, et se confia aux soins d'Everard Home. Elle avait alors vingt-deux ans. En explorant l'œsophage avec une bougie, Home rencontra derrière le cartilage cricoïde un rétrécissement que ne put franchir une bougie du plus petit calibre. Cette tentative détermina beaucoup d'irritation, de la fièvre, et augmenta les accidens nerveux. Une seconde tentative fut faite deux jours après, et la petite bougie put pénétrer dans le rétrécissement, mais causa une grande gêne. Un troisième et un quatrième essais furent tentés, mais inutilement. A cette époque la malade s'exposa au froid, et fut fort incommodée pendant quelques jours. Comme en même temps des affaires de famille la tourmentaient beaucoup, Everard Home lui donna le conseil de retourner dans son pays pour y rétablir sa santé.

Elle revint le 10 juillet; alors son esprit était calme, sa santé grandement améliorée, mais la difficulté à avaler était plus considérable. Elle désirait vivement que l'on eût de nouveau recours à l'introduction des bougies. Un essai fut fait et l'instrument pénétra au-delà du rétrécissement. Pendant la journée la déglutition fut plus facile, et le lendemain l'introduction de la bougie se fit plus aisément. Le troisième jour le rétrécissement en admit une

(1) *Practical observatiocs on the treatment of strictures in the urethra and in the œsophagus.* London; 1821, in-8.°, p. 404.

d'une grosseur plus considérable, qui fut elle-même remplacée par une autre encore plus volumineuse, quelques jours après. Elle put alors avec facilité avaler des substances solides, et de jour en jour elle reprit de l'embonpoint.

Le 20 juillet, elle était dans un état si satisfaisant que Home crut devoir la renvoyer dans son pays. Il la revit le 14 septembre; le rétrécissement ne s'était point reformé, mais cependant, comme mesure de précaution, il conseilla d'introduire une sonde une fois par semaine.

Nous ne craignons pas de le dire, les observations que nous avons pu rassembler ne sont ni assez nombreuses, ni assez complètes, pour la plupart, pour que nous puissions en tirer des conséquences rigoureuses et entièrement favorables à l'emploi des sondes dans le traitement des rétrécissemens de l'œsophage. Cependant, parmi ces faits il en en est plusieurs qui nous paraissent d'un intérêt incontestable, et militer fortement, par les résultats obtenus, en faveur de la méthode thérapeutique dont il est question. Ainsi, si dans les observations rapportées par Earle, Paletta, Everard Home, Macilwain, l'application méthodique des sondes a été couronnée d'un succès complet, il doît être permis de croire que tel eût été encore le résultat, dans les cas que nous devons à MM. Boyer, Carrier, Nonat, si la maladie eût été moins avancée, le traitement plus rationnel et suivi avec autant de persévérance que l'exigeraient les circonstances.

De ce qui précède nous croyons donc pouvoir conclure qu'en se conformant à ce précepte, *melius est anceps quam nullum*, le médecin doit, dans tous les cas de rétrécissement organique de l'œsophage, avoir recours à l'emploi des sondes : il le doit, parce que des faits de pratique démontrent que, par elles, on a obtenu des guérisons complètes; il le doit, parce que les accidens

qui résultent quelquefois de leur usage peuvent facilement être détruits et même prévenus ; il le doit enfin, parce que dans les cas mêmes où elles n'ont pu rétablir dans toute son intégrité le canal œsophagien, elles ont constamment apporté de l'amélioration et soustrait, pour quelque temps au moins, les malades aux tortures inouies des deux plus pressans besoins de l'homme, la soif et la faim.

Si ce traitement a été peu employé en France, et si quelques médecins sont même allés jusqu'à le proscrire entièrement, il est cependant des praticiens qui l'ont conseillé, le regardant comme pouvant être très-efficace dans certains cas. Ainsi M. Broqua, médecin à Plaisance, ayant envoyé à la *Société de médecine* un mémoire à consulter sur un rétrécissement de l'œsophage, il fut conseillé, au nom de ce corps-savant, par une commission composée de Sédillot, jeune, d'Audry et de MM. Louyer-Villermay et Macquart, l'introduction d'une sonde de gomme élastique *pour dilater peu-à-peu le canal en agissant sur lui comme les bougies dans le canal de l'urètre* (1). Ainsi M. Richerand (2), quoique ne citant pas de faits, dit positivement que *par l'emploi des sondes on peut dilater l'œsophage comme l'urètre*, et dissiper l'engorgement de ses parois; aussi ce professeur regarde-t-il la dysphagie produite par une tumeur développée au voisinage de l'œsophage, comme plus dangereuse que celle qui reconnaît pour cause un épaississement des parois de ce canal. Enfin cette méthode thérapeutique réunit en sa faveur l'assentiment de deux chirurgiens dont l'opinion est d'un grand poids pour nous, nous voulons parler de MM. Dupuytren et Sanson, qui l'ont conseillée et mise en usage. Mais bien avant ces médecins de notre époque,

---

(1) *Recueil périodique*. Octobre 1811.

(2) *Nosographie chirurgicale*. T. III, p. 264, 5.me édition.

Mauchart (1) avait reconnu et admis la possibilité de guérir les rétrécissemens organiques de l'œsophage au moyen des corps dilatans; et parmi les chirurgiens anglais que nous n'avons point eu ocasion de citer, il en est un dont l'opinion doit aussi être connue. Alex Monro (2) nous dit qu'on a essayé de dilater les rétrécissemens de l'œsophage en faisant avaler aux malades des balles d'ivoire fixées à l'extrémité d'une corde pour pouvoir les retirer. Ce moyen, ajoute-t-il, a été rejeté comme tout-à-fait insuffisant, mais quand la maladie est peu avancée on peut guérir au moyen des sondes, et plus tard il faut avoir recours à la potasse ou au nitrate d'argent.

Si maintenant, voulant nous aider des lois de l'analogie, nous faisons à l'œsophage l'application des résultats obtenus par la compression dans les rétrécissemens du rectum, nous trouverons une masse de faits bien autrement imposante, ce qui tient sans doute à ce que les maladies de cette portion du gros intestin sont plus fréquentes que celles du tube pharyngo-œsophagien. On peut consulter à ce sujet le Mémoire publié par M. Derrecagaix, dans le journal de Desault (3) qui, le premier en France, combattit par les tentes les squirrhosités et les rétrécissemens du rectum, et en obtint des succès nombreux. Parmi les chirurgiens anglais, il en est beaucoup qui ont adopté la méthode de Desault, et qui en ont constaté l'efficacité; nous citerons ici MM. Edwards (4), Howship (5), White (6), Salmann (7), etc.,

(1) *De strumâ œsophagi. Halleri Disput. chir.* T. II, p. 422.

(2) *Morbid anatomy of the gullet, stomach and intestines. Edinburgh*, 1830, in-8.°, fig., p. 368, 2.e édition.

(3) T. I.er, p. 268.

(4) *Edinburgh Journal.* T. XIII, p. 441.

(5) *Practical observations on the symptoms, discrimination, and*

etc. Cependant il en est quelques-uns qui disent n'avoir jamais obtenu par ce moyen qu'une cure palliative. Tel est, entre autres, M. Colles (1).

Nous croyons devoir faire ici quelques réflexions sur l'introduction et l'emploi des sondes œsophagiennes. Il ne peut entrer dans uotre objet d'examiner qui le premier eut l'idée de se servir de cet instrument pour faire pénétrer les alimens dans l'estomac; l'usage doit en être très-ancien. Nous n'examinerons pas non plus si l'on doit les introduire directement par le nez, ou bien par la bouche pour les ramener ensuite dans les fosses nasales: on trouve ces détails dans tous les ouvrages élémentaires. Nous ferons seulement remarquer, que dans quelques cas l'inflammation et l'irritabilité de l'œsophage sont tellement grandes, que la présence des sondes ne peut être supportée, sans qu'auparavant on n'ait diminué ces symptômes par les sangsues et les narcotiques; quelquefois même on est obligé d'y renoncer tout-à-fait, ainsi Paletta (1) dit que chez une femme qui avait une dysphagie, il chercha à explorer l'œsophage au moyen d'une sonde; la première tentative détermina une irritation qui rendit la déglutition plus difficile; dans la seconde, il parvint, avec une bougie d'un plus petit calibre, à franchir le rétrécissement, mais il survint des vomissemens et une expuition abondante de pituite, qui forcè-

---

treatment of some of the most common diseases of the lower intestines and anus. London, 1820; in-8.° de 176 pages.

(6) *Observations on strictures of the rectum and on her affections which diminish the capacity of that intestine. London* 1820; in-8.° de 172 pages.

(7) *A Practical essay on stricture of the rectum; illustrated by cases. London*, 1818; in-8.° de 188 pages.

(1) *The Dublin Hospital reports and communications*. T. V, 142, 1830.

(2) *Op. cit.*, p. 220.

rent de retirer l'instrument. Quelques jours après, il fit une troisième tentative, mais il fut obligé d'y renoncer encore. C'est dans une circonstance semblable qu'Everard Home eut recours à la cautérisation, qui, comme nous le dirons plus loin, eut un succès complet.

La sonde, au lieu de pénétrer dans l'œsophage, peut s'engager dans les voies aériennes, et on n'est souvent averti de cette méprise que lorsqu'on vient à injecter un liquide quelconque. Ainsi chez un malade, dont parle M. Larrey (1), et qui avait perdu l'épiglotte par suite d'un coup de feu, l'introduction de la sonde dans le larynx ne l'incommodait pas davantage que lorsque l'instrument s'engageait dans le pharynx, et on n'était averti de la méprise que parce que, à la chute des premières gouttes de liquide, le blessé repoussait promptement la main du chirurgien, et était saisi d'une toux suffocante qui le mettait quelquefois dans le plus grand danger. On a proposé, la flamme d'une bougie comme moyen certain, et au premier abord cette expérience doit paraître décisive, de reconnaître dans quel tube se trouve engagée la sonde, la flamme d'une bougie : cependant ce moyen n'est point infaillible. En effet, dans un cas consigné dans vos Mémoires (2) par un de nos collègues, M. Worbe, quoique la sonde eût pénétré dans l'œsophage, la flamme d'une bougie n'en était pas moins agitée, ce qui fit long-temps croire que l'instrument était dans la trachée-artère. Un moyen qui est signalé par le médecin que nous venons de citer, c'est l'impossibilité d'introduire la sonde aussi profondément quand elle a pénétré dans la trachée-artère, que quand elle est dans l'œsophage. Toutefois il sera encore prudent de n'injecter d'abord que quelques gouttes

---

(1) *Mémoires de chirurgie militaire*. T. II, p. 147.
(2) *Mém. de la Soc. médicale d'Emulation*. T. I.er, p. 211.

de liquide, comme le conseille Desault dans ses Œuvres chirurgicales.

Enfin nous dirons qu'en voulant passer la sonde à travers les rétrécissemens, il faut bien faire attention à ne pas pratiquer une fausse route, ni à perforer l'œsophage, comme cela est arrivé à un chirurgien dont parle Ch. Bell (1), et qui se vantait d'être parvenu dans l'estomac, quand le confrère, qui l'avait précédé, n'avait pu y réussir. Cet accident est d'autant plus difficile à éviter, que presque toujours les parois de l'œsophage, au dessus du rétrécissement, sont plus ou moins altérées. On devine d'ailleurs, sans qu'il soit besoin de le dire ici, combien doivent être graves les accidens qui surviennent après une semblable perforation.

C'est pour prévenir cet accident que le D.r Arnott (2), qui a publié en 1819 un ouvrage sur les rétrécissemens de l'urètre, propose un instrument qu'il considère comme nouveau, et qui consiste en un tube fait d'un tissu de soie, fort, serré, élastique et impénétrable à l'air et à l'eau; on l'introduit vide à travers le rétrécissement, on le remplit ensuite à un degré convenable pour la compression que l'on veut exercer, avec de l'air ou de l'eau, au moyen d'une seringue, et on le vide pour le retirer. L'auteur trouve entre autres avantages à son *dilatateur*, de rester continuellement dans la même place, de pouvoir être introduit facilement à travers l'ouverture la plus petite, et sans crainte de faire de fausses routes ou de perforer l'urètre, d'agir en même temps sur toute l'étendue du rétrécissement, tandis que

(1) *The Lancet.* T. XII, p. 707. 1827.

(2) *A treatise of stricture of the urethra*, etc., etc. *London*, 1819, in-8.°, fig. Analyse dans *The London medical and physical Journal.* T. XLVI, p. 148.

les sondes ou les bougies n'agissent que sur la partie la plus saillante, et, dans le cas où il y a plusieurs rétrécissemens, d'agir sur tous en même temps. Parmi les maladies principales dans lesquelles son instrument peut être applicable, le docteur Arnott range les rétrécissemens de l'œsophage et du rectum. Il ne parait pas l'avoir employé dans la première circonstance, mais par son usage, il a obtenu une guérison complète dans un cas de rétrécissement du rectum. Sans rien préjuger sur l'efficacité de ce moyen, nous croyons devoir observer que l'expérience a démontré que, dans le traitement des rétrécissemens des canaux muqueux, il y a des inconvéniens à augmenter trop brusquement le volume des bougies, et sous ce rapport, les instrumens dilatateurs qui tendent à donner de suite au canal son ampleur ordinaire, ne remplissent pas le but que l'on se propose.

Depuis que nous avons lu cette partie de notre Mémoire à la Société médicale d'Emulation, nous avons reçu d'Angleterre un ouvrage dans lequel l'auteur, M. R. Fletcher (1), cherche à démontrer les dangers des bougies employées dans le traitement des rétrécissemens de l'œsophage. Ce chirurgien pense que dans la moitié des cas où on a introduit ces instrumens pour dilater l'œsophage, la mort a été hâtée par des accidens survenus à la suite de fausses routes pratiquées, soit dans les voies aériennes, soit dans le tissu cellulaire voisin, et c'est pour les éviter qu'il propose un instrument de son invention. Nous sommes bien loin de vouloir nier qu'en sondant l'œsophage on n'ait pas quelquefois pratiqué de fausses routes; nous avons même signalé la possibilité de cet accident, mais nos recherches sont loin de nous avoir

(1) *Medico-Chirurgical notes and illustrations. London*, 1831. In-4.°, fig. Part. I.re, p. 26.

démontré qu'il soit aussi fréquent que l'avance l'auteur.

Toutefois le docteur Fletcher ne condamne point la dilatation, il l'approuve et la prescrit au contraire; car, dit-il, dans les cas même où il ne nous est pas donné de guérir, nous pouvons, au moins le plus ordinairement, prolonger l'existence des malades, et il ne doute même pas que, par l'emploi d'un instrument semblable à celui qu'il propose, l'on n'obtienne des cures et plus fréquentes et plus complètes. Cet instrument, en métal et recourbé, est si petit, que l'auteur n'a jamais trouvé, pendant la vie ou après la mort, de rétrécissemens assez considérables pour ne point l'admettre facilement. Lorsqu'il est fermé, il représente une tige terminée à une extrémité par une boule en acier. En faisant exécuter au manche ou à la tige un mouvement de rotation, cette boule le sépare en trois branches, remonte au milieu d'elles, et, selon son degré d'élévation, augmente plus ou moins le diamètre du dilatateur.

Cet instrument, que l'auteur ne dit point avoir mis en usage sur l'homme vivant, paraît au premier abord réunir en sa faveur quelques avantages. Cependant il nous semble que lorsque le rétrécissement, ce qui est le cas le plus ordinaire, occupe toute la circonférence de l'œsophage, il peut avoir de désavantageux de n'agir que sur trois points isolés de cette même circonférence. Dans les cas au contraire où le rétrécissement se trouve formé par l'épaississement d'un seul point de l'œsophage, l'instrument de M. Fletcher pourrait être très-utile, et remplacer avantageusement les sondes à ventre. C'est encore à l'expérience qu'il est réservé de nous éclairer sur la valeur de ce dilatateur, et il est à désirer que l'auteur, qui se trouve à la tête d'un grand hôpital, fasse connaître les résultats qu'il en aura obtenus, dans les autres fascicules qu'il se propose de publier.

(*La suite au Numéro prochain.*)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Expériences sur la reproduction des os; par J. MURRAY, *D. M.* (1)

Les expériences qui font le sujet de ce mémoire ont été entreprises à l'occasion d'un cas d'une ancienne nécrose du tibia que M. Murray a eu l'occasion d'observer, pour tâcher de se rendre compte des certains phénomènes qu'aucune des théories généralement admises en Angleterre, ne pouvait expliquer d'une manière satisfaisante. Voici le fait dont il s'agit :

Un homme âgé de 55 ans, fut admis à l'infirmerie d'Aberdeen, pour un ulcère qu'il portait à la jambe. Vingt ans environ auparavant, il avait eu une nécrose assez étendue du tibia du même côté, et au moment de son entrée à l'hôpital, il était dans un état de maigreur extrême. En examinant l'os qui avait remplacé la portion nécrosée, on trouva la grande veine saphène dont le volume était un peu plus grand que dans l'état ordinaire, contenue dans un sillon profond, pratiqué à la face antérieure de l'os de nouvelle formation. La maigreur du malade rendait facile l'examen des parties; en appuyant un doigt sur la veine, et en pressant avec un autre le long de son trajet, on la vidait facilement du sang qu'elle contenait, et on pouvait voir distinctement le sillon osseux dans lequel elle rampait; de plus, on distinguait sans difficulté, par le toucher, à travers les tégûmens, les bords amincis de cette gouttière osseuse. Dans quelques endroits, la veine était enfoncée dans ce sillon de plus de la moitié de son diamè-

(1) *The Edinburg Med. and Surg. Journ.* Octobre 1831.

tre, dans d'autres, elle était plus superficielle. Plusieurs personnes qui, à la prière de M. Murray, ont examiné ce cas avec attention, se sont unanimement accordées à penser que le sillon dans lequel la veine était reçue, était creusé dans la substance osseuse, et qu'il n'était pas dû à une induration du tissu cellulaire.

« Avant de présenter les remarques que j'ai à faire sur ce fait, dit l'auteur, je crois devoir exposer les expériences que j'ai entreprises pour déterminer quels sont les changemens qui ont lieu dans les parties circonvoisines, pendant la formation du cal.

« J'ai obtenu la mortification des os, en introduisant dans la partie inférieure de l'os, à l'aide d'une petite ouverture pratiquée préalablement, un fil métallique ou un petit morceau de bois, avec lequel je détruisais la substance médullaire, et que je laissais ensuite dans la cavité de l'os; je fixais ensuite autour de l'os, d'une manière lâche, un fil mince de platine, et dans quelques cas, j'ai placé un morceau applati du même métal, en contact immédiat avec la surface extérieure de l'os. Ces opérations occasionnèrent, en général, très-peu de trouble dans la santé de l'animal. Ces expériences ont été faites pour la plupart sur des pigeons. Dans quelques-uns de ces animaux, surtout chez les vieux, il n'y a eu aucun effort de la nature pour reproduire un nouvel os; les parties molles étaient simplement séparées de la surface osseuse par une couche mince d'un fluide rougeâtre et très ténu. Dans le plus grand nombre de ces expériences, au contraire, le dépôt de la matière destinée à former le cal a été très-abondant, surtout dans les cas où l'os attaqué, et dont un nouveau devait prendre la place, servait beaucoup aux mouvemens de l'animal. C'est ainsi, par exemple, qu'autour du cubitus, qui sert de point d'attache aux principales plumes de l'aile, le dépôt du cal a toujours été beaucoup plus con-

sidérable qu'autour du radius, qui sert beaucoup moins dans l'action de voler. Le fil métallique dont je me suis servi étant très-fin, et d'un autre côté le platine étant à peine oxydable, il en est résulté que, dans ces expériences, il s'est développé très-peu d'inflammation. Dans un cas où l'extrémité du fil métallique avait pénétré profondément dans un faisceau musculaire, à peine quelques symptômes d'inflammation purent-ils être observés au bout de quelques semaines.

« I.re *Expérience.* — Après avoir détruit la moelle du radius d'un pigeon, je passai autour de l'extrémité inférieure de cet os une anse de fil de platine que je serrai très-peu, de manière à ce qu'on put la faire mouvoir facilement. En examinant l'état des choses, au bout de trente-sept jours, je trouvai que le tendon d'un des muscles du bras était confondu dans le dépôt osseux, à la face postérieure du bras; que de chaque côté du tendon, l'anse métallique n'était pas recouverte par le cal, dans une certaine étendue, mais qu'en avant elle était complètement ensevelie dans la substance du nouvel os, et qu'on ne pouvait en appercevoir aucune trace.

II.e *Expérience.* — Je détruisis la moelle du cubitus, à l'aide d'un petit trou pratiqué à la partie inférieure de l'os, et je plaçai une anse de fil de platine, disposée comme dans l'expérience précédente, vers le milieu de la longueur de l'os, à un demi-pouce environ du trou dont je viens de parler, et je glissai ensuite sous cette anse et le long de la surface de l'os, un autre fil du même métal, de manière à le mettre en contact immédiat avec elle. Vingt-deux jours après cette opération, je tuai le pigeon et j'injectai le cadavre avec de la gélatine colorée avec du vermillon. Cette injection fut très-heureuse. Le morceau de platine qui avait été placé longitudinalement faisait saillie sous la peau et était très-mobile. Le périoste de nou-

velle formation était très-vasculaire, d'une texture molle et se détachait facilement de l'os. Il se continuait par les différentes ouvertures fistuleuses de l'os et par celle qui avait servi à introduire le morceau de bois dans le canal médullaire, avec une membrane semblable tapissant la cavité de l'os. L'os nouveau était très-gros, irrégulier, et présentait une dépression au niveau du point où les parties molles environnantes avaient été fortement endommagées, dans l'action de passer autour de l'os l'anse de fil de platine. Le long de la surface postérieure de cet os nouveau, on voyait plusieurs dépressions profondes, contenant les racines des plumes principales de l'aile. Aux faces supérieure et externe, dans les endroits où plusieurs plumes croisaient la direction du nouvel os, on trouvait des gouttières profondes et formant à peu-près les deux tiers d'un canal complet, dans lesquelles les plumes étaient logées. En faisant une section dans le nouvel os, qui était très-vasculaire et facile à couper, on trouva que l'anse métallique avait changé de place et s'était beaucoup rapprochée de l'ouverture à travers laquelle la moelle avait été détruite. L'action des muscles, sur le fil métallique placé longitudinalement, avait, probablement très peu de temps après l'opération, fait ouvrir l'anse métallique qui n'était fermée que par un ou deux tours du fil, dont les bouts d'ailleurs avaient été coupés très-courts, pour ne laisser dans la plaie qu'aussi peu que possible de corps étranger. Le fil formant l'anse circulaire était placé au centre de l'os de nouvelle formation, sans que rien à l'extérieur indiquât sa situation. L'os ancien était enveloppé dans la membrane vasculaire qui tapissait la cavité du nouveau; il était blanc, lisse à sa surface et présentait en apparence son volume naturel.

IIIe *Expérience.* — Cette expérience fut en tout semblable à la précédente; seulement le pigeon fut sacrifié le

sixième jour. On trouva le périoste très-vasculaire et le cal dans un état cartilagineux avec quelques points osseux répandus çà et là dans son épaisseur. A l'extérieur, on ne voyait aucun indice de la présence des fils de platine; mais en faisant une section, on les trouva ensevelis dans l'épaisseur du cal, et absolument à la même place où on les avait mis pendant l'opération.

IV.° *Expérience.* — Après avoir tiré fortement les tégumens d'un côté, je pratiquai une incision au-devant du sternum sur un pigeon, et j'enlevai un morceau triangulaire de cet os; après quoi je ramenai la peau à sa place naturelle, et je fermai la plaie par quelques points de suture. Cette blessure alla bien pendant quelques jours; mais comme l'animal en essayant de voler, tomba plusieurs fois sur la poitrine, il se développa une inflammation assez vive, et il s'établit une suppuration d'une odeur très-désagréable, ce qui empêcha la prompte cicatrisation de la plaie, qui ne se ferma qu'au bout d'un temps assez long. Plusieurs semaines après cette opération, je tuai l'animal, et je trouvai qu'un dépôt considérable de matière osseuse avait presque entièrement bouché l'ouverture faite à l'os. Ce dépôt était beaucoup plus épais que la partie correspondante du sternum, et dans plusieurs points il empiétait un peu sur les bords de l'ouverture artificielle.

« Dans une de mes autres expériences, je trouvai les vaisseaux renfermés dans une gouttière, absolument comme dans le cas du malade de l'infirmerie d'Aberdeen qui a été rapporté plus haut. Dans un autre animal tué peu de jours après l'expérience, la matière osseuse de nouvelle formation s'était déposée dans l'intérieur de l'os. Telles étaient les expériences que j'avais exécutées sur ce point important, lorsque je reçus une préparation que je vais décrire et qui me sembla si concluante, que je crus inutile de continuer ces expériences..

« Un lièvre avait reçu un coup de feu qui avait produit une fracture comminutive de la patte droite de derrière. Il s'échappa cependant et ne fut tué que quelque temps après. Le grain de plomb qui avait brisé l'os, était aplati et enseveli dans la membrane qui recouvrait le nouvel os. La patte était courbée en dehors presque à angle droit, et dans ce point on voyait un dépôt très-abondant de cal. La partie inférieure du tibia faisait en dedans une saillie de près d'un pouce au sommet de l'angle. Elle était blanche, sèche, et encore fortement adhérente au reste de l'os. Un commencement de fausse articulation se faisait distinguer au centre de la masse osseuse de nouvelle formation. Les portions de périoste ou de ligamens qui passent sur les deux côtés du sommet de l'angle, entre lesquelles la partie inférieure de l'ancien tibia faisait la saillie que nous avons signalée, étaient blanches, brillantes, et beaucoup plus fortes et plus denses que celles qui recouvraient les autres points du nouvel os. Une lame osseuse de nouvelle formation, d'environ deux pouces de long, fixée solidement par un anneau osseux à son extrémité supérieure, et par un ligament à sa partie inférieure, servait à solidifier la nouvelle articulation. A la partie antérieure et externe de l'os, les tendons de deux des muscles, en passant sur l'angle, étaient cachés dans une certaine étendue, par la membrane qui recouvrait le nouvel os. Au milieu de cette gaîne, la nouvelle matière osseuse s'étendait comme une arche sur les tendons; cette arche avait environ une ligne de largeur, sur à peu-près autant d'épaisseur. Elle avait la même couleur rougeâtre et la même densité que le reste du nouvel os. Les bords en étaient arrondis, lisses, bien tranchés, et de ces bords, de chaque côté, se continuait la membrane qui recouvrait les tendons. Vers la partie inférieure, ces tendons étaient contenus dans l'épaisseur

du nouvel os, comme dans le cas de l'expérience première. L'un de ces tendons glissait aisément sous l'arche osseuse que nous avons décrite ; les mouvemens de l'autre étaient moins faciles.

« Ces faits, continue M. Murray, ne s'accordent pas évidemment avec plusieurs des théories imaginées pour expliquer la formation du cal. Il n'est pas nécessaire de faire de longs raisonnemens, pour renverser la théorie qui admet que la surface interne du périoste est la source du nouvel os, et pour prouver que le périoste n'y participe en aucune manière, puisqu'il conserve toujours son caractère de périoste, comme l'ont pensé plusieurs auteurs recommandables.

« La quatrième expérience, en particulier, prouve que la source du nouvel os ne peut se trouver dans le développement de la face extérieure ni dans aucun changement quelconque dans cette partie de l'os ancien, comme l'ont avancé Léveillé et quelques autres physiologistes. Il me parait tout aussi évident que la théorie du docteur Knox, qui pense que le nouvel os est formé par les extrémités de l'ancien, et commence à ces extrémités en croissant en bas et en haut, ne peut servir à expliquer les phénomènes que nous avons rapportés et surtout ceux que présentait le lièvre dont nous avons parlé en dernier lieu. En outre qu'est ce qui rend la présence de l'os si indispensable à la production de l'os dans le cas de nécrose, lorsqu'il est bien avéré que dans beaucoup de cas il peut y avoir production de tissu osseux indépendamment d'aucun os ? Dans la fracture du cartilage des côtes, il n'est pas besoin d'os pour qu'il ait un point de réunion osseux ; l'inflammation d'un cartilage détermine la production du tissu osseux ; la plupart des cartilages s'ossifient dans la vieillesse ; le frottement d'un tendon contre un os y produit un dépôt osseux. Presque toutes les parties du corps ont

été trouvées ossifiées sous l'influence de quelque état morbide. Quoique beaucoup de ces ossifications diffèrent considérablement du tissu osseux proprement dit, cependant leur structure intime et leur composition chimique s'en rapprochent assez pour qu'on puisse leur donner le nom d'os.

« La manière la plus simple, sinon la seule d'expliquer les faits contenus dans ce mémoire, est de supposer que, au moment où l'ancien os cesse de vivre, une nouvelle action commence dans les vaisseaux des parties vivantes circonvoisines. La source du dépôt osseux, dans ces cas, est variable. Dans la quatrième expérience le tissu musculaire parait avoir été la véritable source de ce dépôt, puisque c'était le seul tissu qui se trouvât près de l'os. Dans d'autres cas elle a dû être rapportée au tissu cellulaire, au tissu fibreux, au tissu tendineux, etc., suivant la situation de la portion d'os affectée. Cette théorie fournit une explication facile de la manière dont les muscles, les tendons, les ligamens, etc., transposent leur insertion et leurs points d'attache de l'ancien au nouvel os.

« Il est à peine nécessaire de mentionner les exceptions à la règle générale que *tous* les tissus circonvoisins fournissent le cal, exceptions rendues manifestes par la situation de la veine dans l'observation que nous avons rapportée au commencement de ce mémoire, et par celle des tendons dans quelques-uns des pigeons et dans le lièvre dont nous avons parlé. Ces exceptions ne sont pas particulières au cas dont il s'agit. Dans les ulcérations phagédéniques les vaisseaux sanguins et les parties les plus importantes restent souvent intactes, tandis que les parties environnantes sont complètement absorbées ou frappées de gangrène.

« Les expériences précédentes prouvent encore que le nouveau périoste est un tissu de nouvelle formation et non pas l'ancien périoste qui se serait conservé, comme

l'ont avancé plusieurs de ceux qui sont occupés de ce sujet.

« Les préparations qui ont fourni les faits contenus dans ce mémoire sont déposées dans le cabinet du docteur Alison, d'Edimbourg. »

Observation et réflexions sur l'artérite; par les professeurs Rob. G. Graves *et* Guill. Stokes (1).

Le travail dont nous donnons la traduction, est extrait d'un compte rendu de la Clinique de l'hôpital Meath, faite dans le courant des années 1828 et 1829. Voici le fait rapporté par les auteurs.

Patrick Margrath, âgé de 44 ans, d'une constitution robuste, fut reçu à l'hopital le 7 février 1829, pour une paralysie du membre inférieur droit. Depuis six mois cet homme avait éprouvé des fatigues et des privations de toute espèce. Dès le commencement de décembre 1828, il ressentit pour la première fois des impressions alternatives de froid et de chaleur brûlante dans les orteils du pied droit. Cette sensation ne tarda pas à s'étendre à la jambe, accompagnée de fourmillemens et d'un affaiblissement de plus en plus grand dans cette partie du membre. Plus tard, des douleurs aiguës se développèrent dans le pied qui, au bout d'un mois, devint froid et tout-à-fait insensible. Le jour de son entrée à l'hôpital, pendant que Margrath se dirigeait péniblement pour y arriver, il fut pris tout-à-coup d'une douleur atroce dans le mollet de la jambe malade, et perdit complètement la faculté de mouvoir ce membre. Depuis le commencement de sa maladie il avait senti ses forces s'abattre ; il éprouvait une soif continuelle avec anorexie.

---

(1) *The Dublin Hospital Reports*, etc. Dublin, 1830, in-8.° T. V.

Quand il entra à l'hôpital les facultés intellectuelles étaient intactes, la chaleur du corps était naturelle, à l'exception de celle du membre affecté : le pouls, petit et mou, battait 96 fois par minute. Pendant la nuit la douleur s'était propagée de la jambe à la cuisse, et en examinant soigneusement tout le membre, on reconnut que sa température marquait 58° au thermomètre de Farenheit; il n'était un peu œdémateux qu'aux malléoles et au pied. Depuis la moitié de la cuisse jusqu'aux orteils la peau était insensible au toucher. Le malade pouvait à peine, étant couché, faire exécuter à la cuisse quelques mouvemens de rotation : tous les autres mouvemens étaient impossibles. L'artère fémorale avait sous le doigt la forme et la dureté d'un cordon solide, la pression en était douloureuse, et l'on n'y distinguait pas le moindre battement. A l'aide du stéthoscope, on s'assura qu'on ne percevait pas davantage de battemens dans les artères iliaque externe et iliaque commune de ce côté, tandis que les mêmes artères du côté opposé faisaient entendre des pulsations très-distinctes.

D'après cet ensemble de symptômes, il était facile de conclure que les artères iliaques externe et commune, ainsi que la fémorale, n'étaient plus perméables au sang, et que l'oblitération de ces vaisseaux était la véritable cause des phénomènes morbides dont le membre était le siége. On conseilla dès-lors les moyens propres à réchauffer les parties malades, et l'usage intérieur de l'opium. Pendant la nuit qui suivit cette première visite, le membre revint à la température naturelle, mais l'œdème s'était étendu jusqu'à la hanche ; des taches purpuracées s'étaient développées au jarret, et la cuisse devint douloureuse à la pression. Un grand nombre de sangsues furent appliquées sur cette partie du membre, la dose de l'opium fut augmentée. Le lendemain 10, gonflement de la cuisse

plus considérable, plus douloureux; phlyctènes étendues çà et là à sa surface; sa température marque 88°. Le malade succomba dans la matinée.

Ouverture du cadavre. Peu d'amaigrissement. Membre inférieur droit tuméfié et d'un rouge obscur. Cerveau et viscères abdominaux sans aucune trace d'altération, seulement remarquables par le peu de sang qu'on y trouve. Quelques tubercules rares disséminés dans la partie supérieure des deux poumons qui ne contiennent aussi qu'une très-petite quantité de sang. Dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche du cœur, épaississement et opacité des ventricules aortiques; l'aorte descendante, la crosse de l'aorte, ainsi que les artères carotides et sous-clavières, sont dans l'état sain; mais à l'intérieur du tronc innominé on observe quelques taches rouges, et la membrane qui les recouvre est épaissie et ramollie. L'aorte descendante est saine jusqu'à une certaine distance de sa bifurcation, où l'on trouve un caillot fibrineux, rouge, assez mince, au-dessous duquel la membrane interne de l'artère est d'un rouge foncé, épaissie et plus molle. L'artère iliaque commune droite, vue à l'extérieur, paraît distendue et livide; l'iliaque commune gauche n'offre rien de semblable, son aspect est celui de l'état normal. L'iliaque commune du côté droit ayant été ouverte dans toute sa longueur, est remplie par un caillot rouge-obscur qui se prolonge dans l'iliaque externe et l'iliaque interne, ainsi que dans l'obturatrice et la fessière. On retrouve ce même cordon fibrineux dans la fémorale, dans sa branche profonde, et dans toute l'étendue des artères tibiales antérieure et postérieure, et péronière. La membrane interne de toutes ces artères est molle, épaissie, sa surface a quelque chose de cet aspect villeux qu'on remarque dans une membrane muqueuse enflammée. Dans quelques points, le caillot est séparé des parois de l'artère par une couche de matière pu-

riforme; dans d'autres, il adhère intimement à sa membrane interne. Dans les artères tibiales, le caillot fibrineux n'est pas rouge, mais plus dur que celui qui remplit les artères fémorale et iliaque. Dans l'iliaque commune gauche, la membrane interne est d'un rouge foncé, et enduite d'un peu de lymphe coagulable, mais l'iliaque externe et la fémorale de ce même côté sont dans l'état sain. Aucune altération n'existe dans toute l'étendue des veines du membre droit. Une grande partie des fibres des muscles crural et droit antérieur est indurée et privée de matière colorante. Le tissu cellulaire est œdémateux; le périoste est rouge, et non ramolli.

Les diverses particularités de cette observation remarquable, font penser à MM. Graves et Stokes que l'altération a commencé à se développer dans les dernières ramifications artérielles du pied, et qu'elle s'est ensuite propagée graduellement de bas en haut, des rameaux vers les troncs. La torpeur et les autres sensations qui se sont primitivement manifestées dans les orteils, puis dans les pieds et la jambe; la douleur qui, plus tard, s'est étendue plus haut, le refroidissement du pied, déjà sensible quand la cuisse conservait encore la même température que le reste du corps, sont autant de circonstances qui prouvent que l'altération n'a pas commencé dans les gros troncs. D'ailleurs, les résultats de la dissection des parties ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. En effet, n'a-t-on pas vu que la densité et le degré de résistance du caillot fibrineux diminuaient à mesure qu'on se rapprochait davantage de l'aorte; qu'il était très-dur et décoloré dans les artères de la jambe, tandis qu'on le trouvait mou et rouge dans la fémorale et l'iliaque? La membrane interne de ces derniers vaisseaux offrait les traces d'une maladie récente, telles que rougeur, ramollissement et exsudation puriforme, phénomènes qui ne se représentaient plus

dans les artères de la cuisse. La teinte rouge, le ramollissement et le caillot qui occupait la partie inférieure de l'aorte, ainsi que l'iliaque commune gauche, sont évidemment le résultat des derniers progrès de la maladie; aussi n'est-il pas douteux que si la vie avait pu continuer plus long temps avec une semblable altération, l'aorte elle-même eût fini par s'oblitérer comme les artères du membre droit.

Les concrétions fibrineuses adhérentes aux portions enflammées de la paroi interne de l'aorte et de l'iliaque commune gauche, et qui n'empêchaient pas le sang de circuler dans ces deux gros troncs vasculaires, méritent de fixer l'attention, et peuvent faire penser que le caillot qu'on trouve dans les artères enflammées diffère de celui qui remplit le sac anévrysmal, en ce qu'il ne se forme pas toujours par suite de la stase du sang qui a lieu après l'occlusion du vaisseau. En effet, il nous paraît très-probable que l'exsudation d'une lymphe plastique produite par l'inflammation de la membrane interne de l'artère, est la première cause qui rallentit le cours du sang dans le vaisseau malade. Dans les petits rameaux, l'oblitération de leur cavité doit s'effectuer de la sorte très rapidement, tandis que dans les branches plus grosses, le caillot fibrineux se forme probablement par ces deux causes réunies, l'épanchement de lymphe coagulable à l'intérieur de l'artère, et la stagnation progressive du sang dans son canal.

Dans le cas qui nous occupe, l'extrême refroidissement du membre fut le premier signe de la suspension de la circulation dans ses vaisseaux. Quelquefois on voit ainsi un membre perdre sa chaleur quand il vient à être frappé d'une paralysie dépendante de quelqu'altération du système nerveux, mais alors cet abaissement de température de la partie affectée est très-peu considérable. Ici, au contraire, on a observé que la chaleur du membre ma-

lade était de 30° au-dessous de celle du reste du corps. Un semblable refroidissement partiel, joint au léger œdème qui existait lors de l'entrée du malade à l'hôpital, montrait que l'obstacle au cours du sang dans le membre, avait son siège, non dans le système veineux, mais dans le système artériel, opinion qui se trouvait encore concore confirmée par l'absence complète de pulsations dans le trajet de l'artère fémorale, reconnue au toucher, et par le même résultat que fournissait le stéthoscope pour les artères iliaques du même côté.

Parmi les circonstances les plus intéressantes de notre observation, nous noterons l'inflammation du tissu cellulaire et de la peau du membre, qui survint dans la nuit qui suivit notre première visite. Tant que le cours du sang fut libre dans les vaisseaux du membre malade, il est clair que la circulation ne pouvait éprouver d'autre ralentissement que celui qui résultait des progrès successifs de l'inflammation des dernières ramifications artérielles, ensorte que les effets de cette altération se manifestèrent d'abord dans les parties où se terminent ces artères, et ensuite dans le reste du membre. La perte de la sensibilité et le refroidissement suivirent donc les progrès de l'artérite. Mais lorsque l'inflammation eut produit l'oblitération de tous les vaisseaux qui dérivent de l'iliaque commune, il paraît que les branches anastomotiques naissant des artères saines du côté opposé, furent pendant quelque temps la voie par laquelle la nature chercha à rétablir la circulation dans le membre malade, de la même manière que cela s'observe après la ligature de l'iliaque commune : c'est probablement à cet effort de la nature qu'on doit attribuer le rétablissement momentané de la chaleur et de la sensibilité qu'on y observa.

Or, nous ferons remarquer dans ce cas, de même que dans les autres exemples d'un rétablissement récent de

circulation collatérale, comme aussi dans les parties engourdies par un froid excessif qu'on réchauffe trop rapidement, que le danger ne résulte pas de la suspension momentanée de la circulation dans le membre affecté, mais bien de la rapidité trop grande avec laquelle le sang y afflue de nouveau, car son retour est immédiatement suivi de tous les signes qui caractérisent l'inflammation, tels que la chaleur, la douleur, l'augmentation de la sensibilité, l'œdème, les phlyctènes et la gangrène superficielle. A l'égard de ce dernier phénomène, la gangrène, nous pensons que chez le sujet de notre observation il a été manifestement le résultat de l'inflammation. Il est probable que dans les autres cas d'artérite, où l'on a également observé la gangrène, elle dépendait de la même cause, et non, comme le pense M. Andral, de l'interruption de la circulation; cet auteur assimile à tort ce qui se passe ici à la gangrène sénile produite par l'ossification des artères.

D'après l'opinion que nous venons d'émettre, et qui nous paraît au moins très-rationnelle, il est évident qu'on doit se garder de mettre en usage, dès que la circulation collatérale commence à s'établir, les moyens ordinairement employés pour obtenir une chaleur artificielle, par la même raison qu'ils ne conviennent pas, et qu'ils sont même capables de causer des accidens graves, quand on les applique sur les parties engourdies profondément par le froid. A la vérité, il est avantageux de réchauffer doucement les parties dès le commencement, mais dès qu'on s'aperçoit que la circulation se rétablit, il faut alors chercher à modérer la chaleur au lieu de l'augmenter. Nous pensons qu'on ne peut trop insister sur cette observation après l'opération des anévrysmes: le traitement consécutif, dirigé dans ce sens, ne peut être que très-efficace.

L'artérite, à une époque avancée de son développement, présente un diagnostic facile à saisir. Ainsi, le membre affecté est frappé de paralysie sans que ce phénomène soit accompagné ou ait été précédé de symptômes d'affection cérébrale ou rachidienne, sans qu'il y ait le moindre trouble dans les facultés intellectuelles. En outre, les artères de la partie malade ne donnent que de très-faibles pulsations, ou même n'en donnent pas du tout. Les symptômes sont, au contraire, plus obscurs dans le début de l'artérite. Cependant, si l'on fait avec une grande attention l'examen comparatif de la température des deux membres correspondans, et celui de la force respective de leurs battemens artériels, on pourra peut-être arriver à reconnaître le développement de la maladie dès son principe, et conséquemment employer de suite avec plus de chances de succès les moyens propres à combattre et à prévenir les progrès de l'inflammation. Mais si l'on ne parvient pas à la détruire, on peut au moins en retarder assez la marche pour espérer que les vaisseaux anastomotiques de la partie puissent arriver à un degré de dilatation qui leur permette de suppléer les branches artérielles oblitérées.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

FUNGUS HÆMATODES DU CERVEAU, AVEC CONSTIPATION PROLONGÉE PENDANT PRÈS DE NEUF SEMAINES; *par James Laidlaw*. — Samuel Hidman, âgé de 58 ans, domestique, s'est plaint pour la première fois en 1829, d'une douleur violente dans un point fixe de la tête, au-dessus de la tempe gauche, accompagnée de l'obscurité de la vue. Ces symptômes furent diminués, pour le moment, par la saignée, les sangsues et les vésicatoires. Ils se renouvelèrent fréquemment, et la douleur, tou-

jours confinée au même endroit, augmenta d'intensité. Quelques mois après ses premières douleurs, étant un soir à prendre le thé avec plusieurs personnes, il tomba soudain dans une profonde insensibilité d'où on le retira avec beaucoup de peine. Cet état devint fréquent, il se renouvela jusqu'à huit ou neuf mois dans un jour. D'ailleurs point de paralysie, et, à l'exception d'une légère perte d'appétit, il jouissait d'une santé assez bonne, et s'acquittait de ses fonctions. Il continua ainsi jusqu'au commencement d'avril 1831, quand, un soir, il fut pris d'une attaque qui dura 20 minutes, puis le laissa calme et tranquille comme à l'ordinaire; il paraît que cette attaque fut plutôt épileptiforme que de nature apoplectique : des sangsues et un vésicatoire furent appliqués à la tête. Neuf jours après, récidive, et quinze jours plus tard, hémiplégie droite avec perte totale de la vue et de la parole. Il resta ainsi, souffrant peu, et demeurant quelquefois un ou deux jours dans un état apparent d'insensibilité, jusqu'au 11 juillet, où il recouvra subitement la faculté de parler. Ses facultés intellectuelles étaient profondément altérées. Il mourut le 19; long-temps avant sa mort il n'avait pris que très-peu de nourriture, et pendant près de neuf semaines il n'avait eu aucune évacuation intestinale.

Ouverture du cadavre.— Les membranes de la convexité du cerveau furent trouvées saines à l'exception d'un léger épaississement et d'un peu d'opacité de l'arachnoïde. L'hémisphère droit était tout-à-fait sain et intact; mais le lobe moyen du gauche était converti en une masse de matière fongoïde : il avait beaucoup plus de volume qu'à l'ordinaire; par sa pression sur la portion pierreuse du temporal, cet os était usé au point de laisser à découvert les cavités de l'oreille. L'arachnoïde, à la partie inférieure de la tumeur, était assez épaissie pour former une sorte de sac qui la maintenait fortement. On ne pouvait découvrir aucun vestige du ventricule latéral gauche, et rien ne pouvait indiquer ce qui avait été substance grise et substance blanche. Cette masse morbide avait peu de consistance, et ressemblait assez à une tumeur formée par une hernie du cerveau. Les artères et les nerfs de la base du cerveau étaient sains. Une grande quantité de matières fécals endurcies était accumulée dans les gros intestins. (*London med. and phys. Journal*, novembre, 1831.)

Plaie de l'œil avec perte de substance de l'iris sans inconvénient pour la vision; *par James Laidlaw.*— J. Funge, entra à l'hôpital de Middlesex, à la suite d'une blessure très-grave, due à l'explosion d'une bouteille de soda-waser dont un des fragmens avait pénétré dans son œil. La partie supérieure et interne de la cornée était divisée, et la sclérotique entamée dans une étendue d'environ trois lignes. La chambre antérieure était remplie de sang vermeil. On

appliqua des sangsues en grand nombre à la tempe, l'œil fut maintenu fermé, des lotions furent faites avec l'eau blanche, et on administra un fort purgatif. Il se développa un peu d'inflammation qui céda promptement; la plaie ne tarda pas à se cicatriser, et le sang qui était épanché dans la chambre antérieure disparut par l'absorption. On s'aperçut alors que l'iris avait été blessée, et que le tiers de son étendue était détruit; cependant la vision n'était troublée en rien; si l'œil sain était fermé, l'autre pouvait lire avec tout autant de facilité qu'avant son accident. (*London med. and phys. journal*, Décembre 1831.)

Identité de la variole et de la vaccine, et moyen de faire naître a volonté des boutons de vaccine sur les vaches; *par le docteur Sonderland, de Barmen.* — « Le meilleur moyen, dit l'auteur, de produire la vaccine, *cow-pox*, sur la vache, et de prouver ainsi d'une manière incontestable l'identité entre le cow-pox et la variole de l'homme est le suivant : on prend une couverture de laine ayant servi à un individu atteint de la variole et mort pendant la période de suppuration, ou qui tout au moins soit gravement affecté et dont la chambre soit petite et mal aérée; et immédiatement après la mort, dans le premier cas, et le 14.e jour, dans le second, on l'étend sur le dos d'une jeune vache; on l'attache de manière à ce que l'animal ne puisse s'en débarrasser et on l'y maintient pendant vingt-quatre heures. On la fait passer ensuite successivement sur trois autres animaux, après quoi on l'étend dans l'étable de telle sorte que les miasmes qui s'en exhalent puissent être respirés par ces animaux. Au bout de quelques jours les vaches tombent malades et sont prises de fièvre; le quatrième ou cinquième jour, le pis et les autres parties de la peau qui ne sont pas couvertes de poils, présentent une éruption de pustules qui prennent l'aspect bien connu de la vaccine, et se remplissent de virus. Ce liquide, qui ressemble exactement au virus de la vaccine vraie, inoculé à l'homme produit tous les effets de ce dernier. La seule précaution à prendre pour employer ce virus est que l'individu qui doit être inoculé ne soit exposé aux miasmes contagieux répandus dans l'étable où sont renfermées les vaches malades, ni directement ni indirectement par les habits de la personne qui doit pratiquer l'inoculation; car dans ce cas il aurait infailliblement la petite-vérole ordinaire.

« Une couverture de laine imprégnée des principes contagieux de la variole humaine, roulée très-serrée et enveloppée d'abord dans un linge, puis dans du papier, et renfermée dans une boite bien close, conserve la faculté de transmettre pendant deux ans au moins la contagion, et peut infecter une vache, pourvu qu'on l'ait tenue dans un lieu frais et obscur, où la température ne descende pas au-dessous de zéro et ne s'élève pas au-dessus de 11.° du thermomètre centigrade. »

L'auteur expose ensuite brièvement les conséquences principales qui découlent de ces faits ; voici comment il s'exprime :

« 1.° La découverte est nouvelle ; car quoique beaucoup de médecins aient soupçonné l'identité de la petite-vérole de l'homme et le cow-pox de la vache, et que l'on ait, d'après cette idée, pratiqué l'inoculation avec le virus de ces deux maladies, personne cependant n'avait démontré la possibilité de transmettre la contagion à la vache par le moyen des miasmes seulement, de manière à mettre le fait hors de doute.

« 2.° Le désir des médecins et des gouvernemens d'arriver à découvrir le cow-pox chez les vaches pour pouvoir renouveler le virus vaccin, est complètement rempli par la découverte d'une méthode très-simple de produire cette maladie chez les vaches, pour ainsi dire à volonté.

» 3.° La découverte qu'a faite Jenner de la faculté dont jouit la vaccine de préserver de la petite-vérole naturelle, jusqu'alors imparfaite, est complétée, en ce que la nature et l'origine jusqu'ici inconnues du cow-pox sont aujourd'hui manifestes.

« 4.° Toutes les incertitudes sur la qualité du fluide vaccin, sur sa dégénération, sur la diminution de sa faculté préservatrice, etc., doivent maintenant cesser, car nous possédons enfin une connaissance précise de sa nature, et nous pouvons ainsi expliquer d'une manière satisfaisante son mode d'action.

» 5.° Cette découverte doit tendre évidemment à aggrandir le domaine de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique. En effet elle prouve que le principe contagieux de la variôle, dont les effets sont si pernicieux sur le système nerveux de l'homme, peut être transmis à l'état gazeux, de l'homme à la vache ; et détermine, chez cette dernière, une maladie semblable ; mais que, dans ce transport, ce principe éprouve un changement profond en raison de la constitution particulière de cette espèce d'animal, et devient ainsi un principe contagieux permanent d'une nature différente.

» 6.° Cette découverte peut encore nous faire connaitre comment le principe des maladies peut, sous la forme de miasmes ou d'émanations, être communiqué aux animaux d'une classe inférieure, et, suivant la différence de leur constitution, donner naissance à des virus différens qui peuvent être employés ensuite comme moyens préservateurs contre les maladies dont ils tirent leur origine ; c'est ce qui sera peut-être prouvé un jour pour la scarlatine, la rougeole, la fièvre-jaune et la peste.

» 7.° Il est maintenant facile de voir pourquoi dans ces derniers temps, on ne trouvait plus, ou du moins que très-rarement, le

cow-pox chez les vaches. Cette maladie en effet ne se manifeste chez ces animaux que par le contact d'hommes récemment affectés de la petite-vérole ; comme les épidémies de variole ont été rares durant les huit dernières années, les vaches ont été naturellement peu exposées à la contagion, et n'ont ainsi présenté que très-rarement la maladie dont il s'agit. (*Journal der praktischen Heilkunde. Janvier* 1831, et *Edinburgh med. and surg. journal*, octobre 1831.)

Abcès nombreux et superficiels a la suite d'une variole confluente. — Une jeune fille de 21 ans, qui n'avait pas été vaccinée, entra dans le mois de novembre dernier à l'hôpital Beaujon, au huitième jour d'une variole très-confluente. Les diverses périodes de la maladie se succédèrent assez régulièrement ; la fièvre fut toujours vive, et, pendant la suppuration, accompagnée de délire durant six jours. Au moment où les croûtes commençaient à tomber de la face, et où la convalescence paraissait sur le point de s'établir franchement, la fièvre, qui avait cessé depuis trois jours, revint, précédée de frissons irréguliers avec sécheresse de la bouche et de la gorge. Un abcès se forma, dans l'espace d'une nuit, dans l'épaisseur de la paupière inférieure gauche. Sur chacune des jambes en existent sept ou huit autres petits, situés immédiatement sous la peau, arrondis, du volume d'une noisette ou d'une noix ; ils sont ouverts et pansés convenablement. Depuis ce jour, il ne cessa de s'en former de semblables ; et, au bout de six semaines, quand cette malheureuse malade succomba, épuisée par la suppuration, des douleurs atroces, une insomnie continuelle, réduite au dernier degré du marasme, plus de cent-vingt abcès avaient été ouverts. On trouva, à l'autopsie, les poumons remplis de petits foyers purulens ; tous les autres organes étaient sains. On ne put trouver de pus dans les veines. (A. F. Braire ; *Propositions de médecine et de chirurgie ; thèse*. Paris, N.° 91.)

Déplacement du cœur, par suite d'une violence extérieure ; *par M. Stokes*. — Un jeune homme de 21 ans, doué d'une parfaite santé et qui avait toujours senti battre son cœur à gauche dans sa position normale, reçut un coup violent suivant la direction d'une ligne étendue de l'angle inférieur de l'omoplate gauche au sommet de l'épaule droite. Il resta plus de trois heures dans une complète insensibilité. Deux côtes à gauche et en bas étaient rompues ainsi que la clavicule, l'humérus, les 5.me, 6.me et 7.me côtés du coté droit. La portion droite du visage et de la poitrine était emphysémateuse ; le bras droit avait perdu la faculté de se mouvoir et en grande partie sa sensibilité. Le malade éprouvait une grande douleur dans le côté droit de la poitrine, avec la sensation d'un corps étranger qui aurait été introduit dans le poumon et qui gênerait la respiration ; cette

douleur était accompagnée de battemens violens, d'une pesanteur incommode, et l'on s'aperçut bientôt que son cœur battait à droite du sternum. Il fut pris d'une toux sèche, sans jamais cracher de sang, et aucun symptôme ne se déclara du côté gauche. L'emphysème sous-cutané ne dura que deux jours.

Le malade ne garda lit que pendant un mois, mais pendant tout ce temps et les dix-huit mois qui suivirent, une toux courte et sèche, des exacerbations fréquentes, de la douleur du côté nécessitèrent souvent l'emploi de la saignée; le sang fut toujours inflammatoire. Alors seulement la paralysie commença à disparaître et l'usage du bras fut recouvré peu-à-peu. A cette époque, il ne pouvait soutenir une lecture un peu longue; les lettres ne lui apparaissaient plus que comme de petites lignes noires, et pourtant, à distance, il distinguait les objets aussi bien que jamais.

Depuis, le cœur a continué de battre à droite du sternum, avec des pulsations assez fortes qui sont accrues par les émotions de l'âme, l'exercice et l'apparition de la douleur. Le décubitus à gauche produit de la dyspnée; la toux est plus fatigante en hiver qu'en été. Tout exercice inaccoutumé n'a jamais manqué de déterminer une quinte violente de toux. S'il plonge la main droite dans de l'eau froide, il éprouve une sensation extraordinaire qui se dirige le long du bras, et vient se manifester dans le côté droit de la poitrine; au même moment, le bras est porté par un mouvement spasmodique au-devant du thorax. De l'eau chaude donne lieu au même phénomène, mais avec moins de violence. Tout corps froid appliqué sur le côté droit de la poitrine détermine un sentiment très-pénible de suffocation. Pendant les trois premières années de son accident, la plus petite quantité de viande causait immanquablement le vomissement environ un quart d'heure après l'ingestion. Toute nourriture produisait le même effet quand elle était prise en grande quantité, et depuis ce temps, le vomissement suit l'ingestion des alimens pris quand la dyspnée est forte. Ce vomissement a toujours causé beaucoup de douleur, une sensation de resserrement dans la région mammaire droite et une augmentation considérable de l'action du cœur. Certains alimens et liquides produisent une grande oppression dans la poitrine; il indique particulièrement le lait, le vin, la gomme et le sucre. Chaque hiver il éprouve des redoublemens de la douleur du côté, de la dyspnée et des palpitations, qui ne peuvent être combattues que par la saignée; il pense qu'il a été saigné plus de cinquante fois; le sang a toujours été conenneux et offrant un caillot à bords relevés; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que jamais la syncope n'a suivi l'émission du sang, même après en avoir perdu trente onces en une fois. Sept ans après son accident, en 1829,

il fit usage pour la première fois de la digitale : ce médicament le soulagea beaucoup ; il en éleva graduellement la quantité jusqu'à pouvoir en prendre la poudre sans inconvénient à la dose de six à huit et même dix grains en une fois. Après l'usage de ce remède à la dose de huit grains tous les soirs pendant trois mois, son pouls ne donna jamais moins de quatre-vingts pulsations ; son effet fut toujours de diminuer la dyspnée et les palpitatsons. Maintenant lorsqu'il n'est atteint d'aucune exacerbation des symptômes, son apparence exterieure ne diffère pas beaucoup de celle d'une personne en bonne santé. Son visage ne porte point l'empreinte de la souffrance. Lorsqu'il ne fait point usage de la digitale son pouls bat ordinairement de 100 à 120 fois ; il est régulier sous le rapport de la force et du rythme ; mais sous l'influence de ce médicament, sa fréquence ordinaire est entre 80 et 90.

L'épaule droite est un peu déprimée, mais le côté droit inférieurement est agrandi d'un pouce, le côté gauche du thorax donne un son parfaitement clair, même à sa partie inférieure et dans le lieu occupé naturellement par le cœur. La respiration, puérile et mêlée à quelques râles bronchiques, s'entend dans toute l'étendue du poumon aussi distinctement à la région mammaire que partout ailleurs. Le bruit du cœur est à peine sensible à la partie supérieure de ce côté ; mais ni ce bruit, ni aucune impulsion ne sont perceptibles au-dessous de la mamelle. La partie supérieure du côté droit de la poitrine donne un son clair, mais depuis la cinquième côte jusqu'au bas du thorax, le son est complètement mat, et les tégumens sont d'une extrême sensibilité. En haut, soit en avant, soit en arrière, la respiration offre les mêmes caractères que celle du poumon gauche, mais depuis la cinquième côte, il manque entièrement, excepté le long de la colonne vertébrale où on l'entend faiblement. On sent et l'on voit les pulsations du cœur à la région mammaire droite, entre les sixième et septième côtes, et à un pouce du sternum ; quand il n'y a aucune cause d'excitation, le bruit du cœur est presque naturel, son impulsion précède le battement de l'artère au poignet par un intervalle appréciable. Il n'y a aucun signe de lésion des valvules.

La santé dont jouissait ce jeune homme, et la certitude de l'existence des battemens du cœur à gauche avant l'accident, joint à la rareté d'une pareille anomalie, excluent toute supposition de position anormale congénitale du cœur. Les résultats de la percussion et de l'auscultation et l'étude attentive des symptômes ne permettent d'admettre ni empyème, ni tumeur, ni pneumo-thorax, ni dilatation des cellules aériennes, à gauche ; non plus que la hernie diaphragmatique de quelque viscère abdominal, ou un anévrysme de

l'aorte ventrale. Les battemens perçus à droite du sternum ne peuvent être produits par un anévrysme de l'aorte thoracique descendante, car pour qu'un tel anévrysme donne une pulsation double, il doit être assez considérable pour comprimer le cœur; la tumeur se présentant à droite, le cœur serait fortement repoussé contre les côtes gauches; d'ailleurs, on peut toujours sentir deux pulsations distinctes, l'une de la tumeur anévrysmale, l'autre du cœur, ce qui n'existe point ici.

On doit donc considérer ce fait comme un exemple de déplacement du cœur, avec rupture du péricarde et de la plèvre droite, déplacement dû à une cause jusqu'à présent inconnue. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que ce jeune homme ait survécu à un accident si terrible, et se soit conservé dans un état de santé supportable. (*London méd. and. phys. journal*, novembre 1831.)

Thérapeutique.

Laryngotomie et trachéotomie sur un sujet atteint d'angine œdémateuse, survenue a la suite de fumigations de deuto-chlorure de mercure; mort pendant l'opération. — Un ouvrier âgé de 24 ans, d'une bonne constitution, entra, dans les premiers jours de décembre, à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Fouquier. Ce jeune homme, jouissant habituellement d'une bonne santé, contracta dans l'été de 1830 une affection vénérienne, pour laquelle il ne subit qu'un traitement plus ou moins incomplet. Néanmoins, tous les symptômes de la syphilis avaient disparu. Quelques mois avant son entrée, il fut pris de douleur à la gorge, la déglutition devint gênée, la voix rauque, faible, et finit par s'éteindre tout-à-fait. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, nous reconnûmes une ulcération du voile du palais et de la luette, avec gonflement des amygdales. L'altération de la voix porta à soupçonner l'existence d'une ou de plusieurs ulcérations de même nature dans la partie supérieure du tube aérien. Le malade fut soumis à un traitement antisyphilitique; il prit d'abord des pilules mercurielles, mais plus tard, on lui fit respirer des fumigations de deuto-chlorure de mercure à l'aide de l'appareil de M. Richard. Après les premières fumigations, il ressentit quelques picottemens au larynx et un sentiment de sécheresse à la gorge. Il les continua néanmoins. Ce fut 48 heures après la première fumigation que survint la dyspnée et tous les accidens qui signalèrent l'existence de l'œdème de la glotte. Le malade éprouva tout-à-coup dans la gorge une sensation d'un corps étranger qui semble s'opposer au passage de l'air; sa figure exprime l'anxiété et la souffrance; il fait beaucoup d'efforts pour respirer; l'inspiration est pénible, sonore; l'expiration est facile. Du reste, le larynx n'est le siége d'au-

cune douleur; le pouls augmente de fréquence; la suffocation est imminente. Cet état durait depuis 24 heures, lorsque M. Roux fut invité à voir le malade. Ce chirurgien, dans l'intention de constater l'œdème de la glotte, porta son doigt à la base de la langue, mais il ne sentit pas cette tumeur molle qui existe en pareil cas. Du reste, aucun accident grave ne se manifestait en ce moment; il y avait une rémission marquée; M. Roux ne pensa pas à recourir à la laryngotomie. Dès le lendemain 14 décembre, la dyspnée est intense; les accidens se sont notablement aggravés; M. Roux est de nouveau appelé. Trouvant le pouls fort, développé et fréquent, il fait pratiquer une saignée. Le malade est transporté à l'amphithéâtre un quart-d'heure après, et M. Roux procède à l'ouverture du canal aérien. A peine la membrane crico-thyroïdienne est elle incisée que le malade fait quelques efforts d'expiration qui donnent lieu à l'expulsion de quelques bulles de sang spumeux; mais ces effets sont les derniers. Tout-à-coup la respiration est suspendue, le cœur cesse de battre, la face pâlit; le malade a cessé de vivre. M. Roux, pensant qu'un obstacle au passage de l'air existe à la partie inférieure du larynx, pratique immédiatement la trachéotomie; il insufle de l'air dans les poumons, à l'aide d'une sonde introduite dans l'ouverture de la trachée; le malade remue légèrement les lèvres, mais la respiration ne se rétablit pas. Le malade est évidemment mort asphyxié par suite de l'introduction du sang dans les bronches (1).

A l'autopsie, on a trouvé le larynx dans l'état suivant: les bords de l'épiglotte sont érodés; le cartilage a le double de son épaisseur ordinaire; sa membrane muqueuse offre de nombreuses végétations. Les bords de la glotte sont boursoufflés, saillans et manifestement infiltrés de sérosité. Le calibre du larynx est tout-à-fait normal. On distingue une ulcération assez profonde au niveau des cordes vocales

(1) Nous ne possédons pas assez de détails sur ce fait pour contester positivement la cause attribuée ici a la mort de l'opéré. Mais nous avouons que dans les circonstances qui ont précédé la cessation de la vie, il nous a semblé voir plutôt un effet de l'introduction de l'air dans une veine thyroïdienne, que celui d'une asphyxie produite par l'entrée du sang dans les bronches. En effet, assez souvent le sang s'est introduit dans les bronches pendant l'opération de la laryngotomie, et n'a occasionné autre chose que des efforts d'expectoration et des menaces de suffocation. Quand le malade est trop faible pour se débarrasser de ce liquide ou qu'on ne l'en retire pas promptement, la mort ne survient pas en général aussi promptement et sans une lutte plus vive que dans le cas cité; effets qui s'observent plutôt après l'introduction de l'air dans les vaisseaux sanguins. (*N. du R.*)

supérieures à droite. En ce point, le cartilage est mis à nu. Le poumon est volumineux ; il est gorgé de sang ; il présente tous les caractères du poumon d'un asphyxié.

L'auteur de l'observation précédente rapporte un fait analogue, survenu il y a quelques années et qui eut un résultat bien différent. Une malade qui était encore dans les salles de M. Fouquier, avait été déclarée atteinte d'une phthisie pulmonaire parvenue à une période assez avancée. Des symptômes de dyspnée avec imminence de suffocation nécessitèrent la laryngotomie ; elle fut pratiquée également par M. Roux. Dès que la section de la membrane crico-thyroïdienne eut été faite, le sang pénétra dans les bronches, la malade n'eut pas la force de l'expulser, et elle tomba dans un état d'asphyxie. M. Roux aggrandit immédiatement l'ouverture du larynx, introduisit une sonde de gomme élastique dans la solution de continuité, huma le sang qui obstruait les bronches, insuffla de l'air dans les poumons ; la respiration se rétablit ; le pouls se ranima, et cette malheureuse fut rendue à la vie. Peu de temps après l'opération tous les symptômes de phthisie disparurent, et cette malade quitta l'hôpital entièrement guérie. (*La Lancette française*, t. V, N. 91.)

Aphonie guérie par la cautérisation du larynx avec le nitrate d'argent ; *observ. par M. A. Trousseau.* — H. M. âgée de 20 ans, entra le 29 août 1831, à l'Hôtel-Dieu. A la fin de mai, ayant ses règles depuis le matin, elle se refroidit, éprouva un mal de gorge et du malaise ; le lendemain ses règles s'étaient supprimées, et elle était complètement aphone. Depuis lors, malgré tous les traitemens dont deux saignées avaient fait partie, l'aphonie ne s'était pas dissipée ; des sangsues appliquées au siège, à cause du retard de la menstruation, n'avaient pas eu plus d'influence. Il en avait été de même d'un large vésicatoire appliqué sur la face antérieure du cou. Cette jeune fille, quelques efforts qu'elle fît, ne pouvait faire entendre d'autres sons que ceux qu'articule une personne qui parle tout-à-fait bas. Le larynx n'était pas douloureux ; il n'y avait ni toux, ni fièvre. Pensant que la syncope produirait peut être un heureux résultat, comme cela s'est quelquefois vu dans des cas d'aphonie hystérique, M. Trousseau fit saigner la malade assise sur une chaise. La syncope eut lieu en effet ; mais rien d'avantageux ne s'en suivit. L'insuccès des divers moyens employés détournait le médecin d'y recourir de nouveau : il pensa à une médication topique, et résolut de porter un caustique sur la membrane muqueuse du larynx. « En conséquence je me servis, dit-il, pour porter le caustique du moyen suivant : je pris une baleine d'une ligne et demie de diamètre, et je la choisis de ce volume pour qu'elle ne se ployât pas trop facilement. Je la fis chauffer sur la flamme d'une bougie, à un pouce à peu près de son extrémité,

et quand elle fut suffisamment ramollie, je la recourbai de façon à former un angle de quatre-vingts degrés; alors, à l'extrémité de la tige de baleine, je pratiquai une coche circulaire et profonde, et j'y attachai fermement une petite éponge de forme sphérique et de six lignes de diamètre. J'imbibai l'éponge d'une solution saturée de nitrate d'argent jusqu'à ce qu'elle ne laissât dégoutter la liqueur caustique que si on exerçait une compression même légère. Cela fait, je fis ouvrir largement la bouche de la malade; j'abaissai fortement la langue avec le manche d'une cuiller: puis j'introduisis le porte-caustique. Dès que j'eus dépassé l'isthme du gosier, j'allai heurter la paroi postérieure du pharynx avec l'angle de la tige de baleine. Un mouvement de déglutition s'opéra aussitôt, qui porta le larynx en haut. Je saisis ce moment pour ramener en avant l'éponge que j'avais enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage. Par cette manœuvre, je revins sur l'entrée du larynx en relevant l'épiglotte, et alors appuyant fortement sur la base de la langue avec la portion de baleine qui se trouvait dans la bouche, j'exprimai l'éponge dans le larynx, ce en quoi j'étais merveilleusement servi par les convulsions du pharynx et par les efforts que faisait la malade pour aspirer l'air, dont j'interceptais le passage. Cette opération ne dura pas un quart de minute. Je retirai l'éponge, et il survint aussitôt des haut-le-corps, de la toux, des crachotemens. Après deux ou trois minutes, tous ces phénomènes cessèrent; il ne resta que la toux et les crachotemens. La malade ne ressentait à la gorge aucune douleur vive, elle se plaignait seulement d'un goût insupportable. Le lendemain, à la visite, il n'y avait aucun changement; elle souffrait un peu en avalant. Quarante-huit heures après la cautérisation, l'aphonie s'était en partie dissipée; la malade avait parlé assez nettement avant la visite avec quelques-unes de ses voisines. Lorsque je l'interrogeai, elle me répondit qu'elle allait mieux, et elle prononça plusieurs phrases d'une voix enrouée, mais distinctement et de manière à être entendue à une distance de deux ou trois pas. Puis elle devint aphone, et seulement, lorsqu'elle faisait de grands efforts, on entendait un sifflement dans le larynx: elle ressentait une légère douleur au fond de la gorge. Je lui recommandai le silence le plus absolu, et en même temps je prescrivis une boisson émolliente que je l'invitai à boire souvent et à petites gorgées. Le lendemain matin, troisième jour de la cautérisation, la voix était beaucoup moins nette que la veille. Le soir il y eut quelques sons assez clairs de produits. Le quatrième jour elle parla avec facilité; l'aphonie était complètement dissipée et sans retour: la voix était seulement un peu voilée, et l'on s'apercevait de temps en temps que le larynx était obstrué par des mucosités dont la malade se débarassait en toussant. Le cin-

quième jour, la voix était plus nette et plus éclatante : la douleur causée par la cautérisation se faisait encore sentir au niveau du larynx; mais elle était fort supportable et n'empêchait pas la malade de manger du pain et des alimens solides. Enfin, pour terminer, la voix reprit rapidement le timbre qu'elle avait avant l'invasion de la maladie, et Henriette Maillet sortit parfaitement guérie, le 10 septembre 1831, ressentant encore une très-légère douleur au point correspondant à la partie supérieure du larynx. Depuis, la guérison ne s'est pas démentie.

L'auteur de cette observation se demande s'il s'est écoulé dans le larynx une grande quantité de solution caustique. Il pense qu'il s'en s'en est écoulé fort peu sans nul doute; mais suivant lui, ce peu a suffi pour produire une prompte et durable guérison. Mais dans le cas même où il n'eut pas pénétré jusqu'à la glotte une seule goutte de liqueur caustique, il est évident que la solution a dû s'étendre de proche en proche sur ces tissus imbibés de mucus. Que si nous admettions, ajoute-t-il, que la partie supérieure du larynx a seule reçu l'atteinte du caustique, ce qui est impossible, encore concevrions-nous comment, en modifiant la maladie dans un point, nous l'avons en même temps modifiée dans les parties voisines; car lorsqu'on fait usage d'une médication topique, on guérit tout une surface malade, bien que le médicament n'ait été le plus souvent en contact qu'avec quelques points isolés. (*Bulletin gen. de Thérapeutique, n.° du 15 novembre 1831.*)

Anévrysme de l'artère ischiatique pris pour un anévrysme de l'artère fessière (*autopsie du sujet opéré en 1812 par le docteur Stewens*); *observation par le D.r Richard Owen.* — Tous les auteurs qui ont écrit dans ces derniers temps sur les maladies des artères ont cité, d'après le docteur Stevens, chirurgien à Santa-Cruz, l'observation de la ligature de l'iliaque interne qu'il pratiqua avec succès, le 27 décembre 1812, pour un anévrysme de l'artère fessière. La malade était une négresse nommée Maila. La tumeur datait de neuf mois quand l'opération fut pratiquée, et au bout de six mois la guérison était complète. Cette femme vécut encore 10 ans dans la meilleure santé, et mourut d'une affection de poitrine en 1822. Le docteur Stevens fit l'ouverture du cadavre en présence du doc. Kers et de plusieurs autres médecins de Santa-Cruz, et après avoir injecté l'aorte, il reconnut que l'artère iliaque interne était restée oblitérée dans le point de sa ligature, que *l'artère ischiatique était transformée en un cordon ligamenteux, tandis que l'artère fessière était restée perméable au sang dans toute son étendue depuis son origine.* Le doct. Stevens, de retour en Angleterre au printemps de 1829, a déposé la pièce pathologique dans le musée du collége des chirurgiens

de Londres, où le docteur Richard Owen en a fait la dissection, dont voici les détails.

On commença par injecter l'artère profonde, et la matière de l'injection sortit librement par l'ouverture qui avait été faite à l'origine de la fessière. Les artères iliaques interne et externe avaient la disposition qui leur est ordinaire. L'iliaque interne gauche était oblitérée précisément au-dessous de l'origine de l'iléo-lombaire, et réduite en un cordon ligamenteux dans l'étendue d'un pouce. Elle descendait vers l'échancrure ischiatique où elle reprenait subitement sa forme et sa grosseur habituelles, redevenait perméable au sang, et continuait ainsi son trajet dans l'étendue d'un demi-pouce. Dans cette partie de sa longueur elle donnait naissance, en bas, à l'artère fessière; à la partie moyenne, à une sacrée latérale, et supérieurement, à l'artère obturatrice qui était entièrement oblitérée. Il n'en était pas de même de la sacrée latérale qui avait le diamètre d'une plume de corbeau, et qui pénétrait dans le second trou sacré. L'artère fessière, ayant son volume ordinaire, recevait près de son origine deux branches de la grosseur d'une plume de corbeau, qui venaient de la sacrée latérale, en ressortant par le troisième et quatrième trous sacrés du côté gauche. Les anastomoses entre la sacrée latérale et la sacrée moyenne, étaient larges et tortueuses.

Immédiatement au-dessous de l'origine de l'artère fessière, l'ischiatique oblitérée et convertie en un cordon ligamenteux, sortait du bassin par l'échancrure ischiatique. Une tumeur alongée, située entre la tubérosité de l'ischion et le grand trochanter, indiquait le siége précis qu'occupait jadis l'anévrysme. Cette tumeur, longue de trois pouces et demi et large de huit lignes, appartenait à la branche de l'artère ischiatique qui est comme la continuation du tronc de cette artère, et qui accompagne ordinairement le nerf sciatique. Elle était formée de couches de tissu cellulaire épaissi et de la membrane fibreuse de l'artère; elle contenait un gros caillot grumeleux, non lamellé. On pouvait encore reconnaître çà et là, sur la paroi interne de ce sac ancien, quelques débris de la membrane interne du vaisseau. Dans son trajet, de l'échancrure ischiatique à la tumeur, l'artère était complètement oblitérée, et sa cavité remplie par une matière dure, comme calcaire. Au-delà de la tumeur, l'artère ischiatique continuait son trajet le long de la partie postérieure de la cuisse, ayant presque la grosseur de la fémorale; elle était oblitérée dans l'étendue d'un pouce environ au-dessous de la tumeur; mais elle devenait ensuite perméable au sang et recevait une grosse branche anastomotique de la profonde. Une branche qui se ramifiait entre le grand et le moyen fessiers, en leur fournissant des ramifications, adhérait au sac anévrysmal, dont elle émanait probablement, sans

toutefois qu'on ait pu s'assurer positivement qu'elle s'y ouvrait. Cette branche fournissait un rameau au carré de la cuisse, et recevait le sang d'une anastomose fournie par une ramification superficielle de la fessière, près la crête iliaque. Une autre petite artère adhérait également à la partie inférieure du sac, sans communiquer avec sa cavité.

Sir Astley Cooper a examiné la pièce pathologique et reconnu toutes les particularités qu'on vient de décrire. Nous avons eu pour but, en les publiant, de faire connaître d'un côté l'erreur de diagnostic qu'avait commise le docteur Stevens en considérant la tumeur anévrysmale comme étant formée par l'artère fessière, tandis qu'elle avait son siège dans l'ischiatique : et d'un autre côté, de prouver matériellement l'utilité de la ligature de l'iliaque interne pour l'anévrysme d'une de ses branches secondaires. Il est remarquable que, quoique dix années se fussent écoulées depuis l'opération, le sac contînt encore des grumeaux distincts. La guérison n'a pas eu lieu par le rétablissement complet de la circulation dans l'artère liée. Ce résultat est sans doute fort rare. La ligature ayant été appliquée sur l'iliaque au-dessous de l'iléo-lombaire, le sang retournait au tronc principal par l'intermédiaire des rameaux de la sacrée moyenne et de la sacrée-lombaire. Une circonstance assez singulière, c'est que le cours du sang se soit arrêté dans l'artère ischiatique, et non dans la fessière, quoique toutes deux se soient trouvées dans la même condition relativement à la circulation. En outre, la fessière recevait encore du sang par les rameaux de la sacrée latérale. (*Medico-chirurgical Transact.*, vol. XVI, part. Ire).

Académie royale de Médecine. (Novembre et Décembre.)

Séance du 15 novembre. — REMÈDES SECRETS. — M. Loiseleur Deslonchamps, au nom de la commission des remèdes secrets, propose le rejet de plusieurs remèdes dont les auteurs voulaient faire faire l'acquisition au gouvernement, savoir : un onguent du sieur Poupier de Paris, contre les maladies de la peau; une pommade, du sieur Fournier de Paris, contre différens maux; une pommade contre la gale, du sieur Thomin, de Choisy-le-Roi; un remède contre la goutte, de la dame Blondel, de la Marche (Vosges); une pommade anti-laiteuse du sieur Delestie, pharmacien à Perthuis (Vaucluse); enfin, une pommade contre la gale, du sieur Michallet, de Voreppe (Isère). — Adopté.

Asphixie et apoplexie des nouveaux-nés. — M. Hervey de Chégoin, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Baudelocque neveu, relatif à deux nouveaux procédés que cet accoucheur a imaginés pour conserver la vie à l'enfant, dans l'accouchement par les pieds, les fesses et les genoux. Si dans ces accouchemens, dit M. Baudelocque, la vie de l'enfant est souvent compromise, cela tient à ce que la circulation de la mère à l'enfant est interceptée par la compression du cordon ombilical; cette interception, en outre, produit toujours une congestion sanguine dans le foie ou le cerveau de l'enfant, avec ou sans épanchement à la base du crâne. Pour remédier à ces dangers, M. Baudelocque conseille de couper le cordon ombilical, et d'introduire de l'air dans la matrice, au moyen d'un entonnoir, et dans les poumons de l'enfant au moyen de la sonde de Chaussier. M. le rapporteur croit que l'interception de la circulation de la mère à l'enfant tient plutôt au décollement du placenta qu'à la compression du cordon ombilical, et il pense que l'enfant dans ces cas périt, moins par apoplexie que par syncope ou anémie. Il termine en disant que les procédés proposés par M. Baudelocque ont besoin d'être sanctionnés par l'expérience. M. Capuron blâme l'assimilation qu'a faite l'auteur du mémoire, de l'accouchement par les pieds à celui par la tête; dans ce dernier, évidemment le sang est refoulé vers la tête, par suite de la compression que souffre cette partie, et de celle que la matrice fait éprouver à tout le tronc, et évidemment l'enfant est dans un état d'apoplexie apparent; mais rien de cela n'a lieu dans l'accouchemens par les pieds.

Torsion des artères. — M. Amussat présente un enfant de 7 ans, auquel il a coupé la cuisse pour une tumeur blanche du genou; toutes les artères ont été tordues, et la réunion des bords de la plaie tentée; mais celle-ci n'a pas réussi, la plaie n'a guéri que par seconde intention, et aucune hémorrhagie ne s'est manifestée. Ainsi la torsion des artères a procuré l'occlusion de ces vaisseaux. M. Amussat rappelle que ce malade est le cinquième amputé qu'il présente à l'Académie, dans lequel il a avec succès substitué la torsion des artères à leur ligature. Selon lui, cette méthode de prévenir l'hémorrhagie est fondée sur l'organisation des artères, et présente plus de certitude que la ligature, puisque le sang est alors arrêté par deux obstacles, le bouchon formé par les membranes intérieures refoulées, et la constriction de la membrane celluleuse qui représente une véritable ligature. On a objecté que la torsion ne pouvait être faite que sur un bout d'artère un peu long; mais n'est-ce pas nécessaire aussi pour la ligature? Selon M. Amussat, la torsion offre ces avantages, de pouvoir être pratiquée sans le secours d'un aide, de ne laisser jamais après elle la crainte des hémorrhagies, de pouvoir être prati-

quée à de grandes profondeurs dans les hémorrhagies traumatiques ; enfin de ne pas laisser de corps étranger dans la plaie ; car si on regarde comme tel le bout tordu de l'artère, il est probable qu'il s'unit à la cicatrice, ou est resorbé ; du moins, M. Amussat a vu un cas dans lequel un enfant a guéri sans suppuration. Ce chirurgien, du reste, ne parle ici de la torsion des artères, que comme moyen propre à arrêter les hémorrhagies ; il ne parle pas du procédé qui consiste à tenter la réunion immédiate dans les amputations. — M. Delens oppose à M. Amussat, que les essais qu'a faits M. Delpech de la torsion des artères, n'ont pas été aussi heureux. — M. Amussat réplique, que les accidens qu'a observés M. Delpech tiennent, moins à la torsion des artères proprement dite, qu'à ce que ce chirurgien employait en même temps la suture pour obtenir la réunion immédiate. — Ce chirurgien termine sa communication par des détails sur le refoulement simple des membranes internes des artères, procédé à l'aide duquel on obtient constamment l'oblitération de ces vaisseaux, et qui peut, de préférence à la ligature, être employé dans l'opération de l'anévrysme, puisqu'on peut alors tenter de réunir la plaie par première intention.

Seance du 22 novembre. — VACCINE. — Tableau des vaccinations effectuées en 1830 dans le département du Pas-de-Calais : population, 642,969 ; naissances, 8,978 ; vaccinations, 7,374 ; varioles, 317 ; morts, 32.

CHOLÉRA-MORBUS. — M. le secrétaire annuel donne lecture de deux lettres sur le choléra-morbus ; l'une datée de Hambourg, 14 novembre, adressée à M. Degérando, par M. le baron de Voght, donne sur le choléra-morbus de cette ville les détails suivans : les cordons et les quarantaines ont paru aussi inutiles à Hambourg qu'ailleurs ; il n'y a eu que peu de personnes atteintes, et presque toutes étaient prédisposées aux maladies ; par exemple, les neuf-dixièmes des cholériques sont des individus adonnés à l'ivrognerie. Les premiers malades observés n'avaient eu aucunes communications suspectes. Le choléra a passé soudain de Prantenam près Berlin, à Hambourg qui en est distant de 28 milles, sans qu'il y ait eu des communications intermédiaires. Il ne paraît pas être contagieux ; cependant il a suivi les masses, les caravannes, les grandes routes, les fleuves. Voici les mesures qu'on a pris à Hambourg : la ville, dont la population est de 120,000 ames, a été divisée en douze arrondissemens, chacun de ces arrondissemens l'a été en douze sections, contenant chacune 1,600 ames, et chaque section a eu constamment de garde un médecin, un chirurgien et un notable ; ainsi, en moins d'une demi-heure, tout malade a pu avoir des secours ; 400 lits ont été préparés dans deux hôpitaux auxiliaires ; une instruction populaire sur le

régime à suivre a été publiée, et une souscription a valu 60,000 fr. ? qui ont été employés aussitôt à donner des secours aux indigens. Du 9 octobre au 13 novembre, espace de trente-cinq jours, il y a eu 713 malades, dont 405 ont péri, tandis que dans la seconde semaine de l'invasion du mal on avait 50 malades par jour, dont 24 mouraient. Aujourd'hui, 13 novembre, il n'y a eu que 10 malades, dont 5 sont morts. Enfin, à Hambourg, on ne perd que 5 personnes sur 1000 habitans, tandis qu'à Lemberg la proportion a été de 57. On n'a fermé aucuns lieux publics.

L'autre lettre est de MM. Gerardin et Gaymard, commissaires de l'Académie en Russie; elle est datée de Saint-Pétersbourg, 16 octobre. Les commissaires ont reçu le meilleur accueil du corps médical de Moscou, et ont pu étudier le choléra dans l'hôpital de l'Ordinka, qui a été institué exprès pour cette maladie. Cet hôpital avait reçu, depuis le jour de son institution jusqu'à la visite des commissaires, 517 cholériques, et 160 personnes atteintes d'autres maladies : aucune de ces dernières n'a été prise du choléra ; il en a été de même de tous les gens du service, au nombre de 123, à l'exception de deux dont la conduite était irrégulière, et de tous les parens des malades qui étaient admis à venir en tout temps les soigner et les visiter. Les commissaires ont fait servir leur séjour à Moscou, pour recueillir des renseignemens sur la peste qui a désolé cette ville en 1771, et ils se sont convaincus qu'il n'y a aucune analogie entre la marche du choléra et celle de la peste. Ils rapportent que le conseil médical de Moscou a, par un acte public, déclaré que le choléra n'avait pas été importé à Moscou par des individus malades ou des effets, mais s'y était développé à la manière d'une maladie épidémique. Le conseil temporaire de médecine de Moscou a fait la même déclaration à la majorité de 21 voix sur 24. C'est aussi l'opinion des médecins d'Astracan, ville où le choléra a régné deux fois en sept ans, et d'où le mal, dit-on, s'est répandu de toutes parts. Les commissaires terminent en rappelant au souvenir de leur patrie deux médecins français qui honorent la médecine française en Russie, le docteur Delaunay à Moscou, et le docteur Lemaire à Saint-Pétersbourg.

ARRACHEMENT D'UNE DENT. Observation de M. Leseing, dentiste à Nancy ; rapport de M. Duval. — M. Leseing a arraché chez un individu la seconde molaire gauche inférieure, et cette dent présentait une altération que ce dentiste attribue, non à une maladie, mais à un vice de conformation de la dent. Cette dent avait la forme d'un sphéroïde ; la couronne en était profondément évidée par une cavité large, à parois noires, sèche et dure ; elle n'avait qu'une demi-ligne de haut. La racine n'existe pas, pour ainsi dire ; elle est réduite à

un demi-sphéroïde, au sommet duquel on voit cinq petites ouvertures par lesquelles probablement passaient les nerfs et les vaisseaux dentaires. Encore une fois M. Leseing attribue cette altération à un développement anórmal, et les commissaires de l'Académie partagent cette opinion.

Anévrysme du cœur et de l'aorte. *Observation de M. Raymond Vernhes; rapport de M. Casc.*—Le sujet de cette observation est un médecin d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin et pléthorique, habitué à une vie fatiguante et sujet à des mouvemens de colère. Les premiers symptômes de son mal se montrèrent après un grand chagrin causé par la perte d'un de ses enfans, et bientôt ils l'obligèrent à garder la chambre et le lit. En quarante jours, les mouvemens irréguliers du cœur, l'oppression, l'œdématie, la perte des forces, de l'embonpoint, des douleurs dans la région du cœur, augmentent considérablement; une tumeur se prononce au côté gauche du thorax; enfin, toute position horizontale devient impossible; le malade meurt après trois heures d'un repos qui contraste avec les souffrances antécédentes. — *Nécropsie.* Poumons rouges, fermes, crépitans, gorgés de sang, avec épanchement dans le thorax; cœur énormément volumineux; le ventricule gauche très-dilaté et plein de sang, a dix pouces dix lignes d'étendue de sa base à son sommet; ses parois sont flasques et amincies; le ventricule droit et les oreillettes sont dans l'état normal; l'aorte très-dilatée jusqu'au delà de sa courbure, a trois pouces un quart de circonférence. L'auteur ne dit rien de la trachée-artère qui, dans ces maladies, est quelquefois déviée ou perforée par usure; il ne parle pas non plus du cerveau, ce qui aurait mis à même de savoir si le malade avait réellement succombé, comme l'a dit M. Vernhes, à une apoplexie.

Académie gymnastique. — Le ministre de l'intérieur a demandé l'opinion de l'Académie sur un projet d'Académie gymnastique, imaginé par le docteur Clerc. M. Bricheteau, au nom d'une commission chargée de l'examen de ce projet, expose que M. Clerc s'est proposé de soumettre, à l'aide de divers instrumens, les jeunes gens à des exercices propres, non-seulement à développer leurs forces, mais à corriger les difformités qu'ils pourraient présenter. Parmi ces instrumens sont : divers *balanciers* destinés à mettre en jeu les muscles des membres supérieurs, inférieurs, de la colonne vertébrale, dans la vue de remédier aux déviations du rachis; des *chars* destinés au même but; divers instrumens comme *cibles*, *tirs*, *sautiers*, *échelles*, *promenoirs*, *vaisseau*, à l'aide desquels l'élève peut exercer plus spécialement tels ou tels muscles, telle ou telle partie, etc. La commission, autant qu'on peut juger de ces diverses machines

par des dessins, les trouve pour la plupart nouvelles, heureusement imaginées, d'une exécution facile et peu dispendieuse, et propres non-seulement à faciliter le développement régulier du corps, mais à concourir à la guérison de certaines maladies.

Séance du 29 novembre. — VACCINE. — Tableaux des vaccinations effectuées en 1830, dans les départemens du Bas Rhin, des Côtes du Nord et Maine-et-Loire. *Bas-Rhin* : naissances 18,346; vaccinations, 16,344; variolés, 25. — *Côtes du Nord :* naissances, 29,912; vaccinations, 5,026. — *Maine-et-Loire :* naissances, 10,844; vaccinations, 4,328, variolés, 265, et morts de la variole, 40.

CHOLÉRA-MORBUS. — M. Guéneau de Mussy communique un nouveau détail de la lettre de M. Voght, de Hambourg, à M. Degérando, relatif au chiffre de la mortalité causée par le choléra-morbus dans quatorze villes que cette maladie a successivement envahies; ce chiffre va en diminuant à mesure que le mal approche de nous; sur 1000 de population, il en péri à Lemberg 56, à Mittau, 37, à Riga 30, à Posen 29, à Dantzig 13, à Kœnisberg et à Saint-Pétersbourg 13, à Elbing 10, à Stettin 7, à Berlin 5, à Vienne et à Breslau 5, à Magdebourg 6 et à Hambourg 2.

M. Chantourelle lit une note sur l'emploi de l'huile de cajeput dans le choléra-morbus. (*Voir* le cahier précédent, p. 349.)

M. Chantourelle présente en outre une portion d'intestin desséchée recueillie sur un cholérique. On y voit que lorsque la maladie a duré longtemps et a été suivie de réaction, il y a injection capillaire de la membrane muqueuse intestinale, et développement des follicules de Peyer, devenus grisâtres, et présentant un diamètre d'une demi-ligne d'étendue.

AUSCULTATION APPLIQUÉE A LA FEMME ENCEINTE ET EN TRAVAIL. — M. P. Dubois lit un rapport sur un mémoire de M. Bodson, relatif à l'emploi de l'auscultation chez la femme enceinte et en travail, non-seulement dans la vue de s'assurer de la vérité de la grossesse et de la vie de l'enfant, mais dans le but d'apprécier les degrés de danger que peut courir l'enfant pendant le travail, et d'avertir l'accoucheur des cas où ce danger est tel qu'il doit hâter l'accouchement. Nous nous abstiendrons de tous détails sur ce rapport de M. P. Dubois, parce qu'il sera textuellement imprimé dans les *Archives*. (*Voyez* ce présent numéro, page 437.) Nous dirons seulement qu'il a donné lieu à quelques remarques de MM. Capuron, Bouillaud et Piorry. M. Capuron convient que l'audition des doubles mouvemens du cœur du fœtus est certainement la meilleure preuve de la vie de cet être; mais il ajoute qu'en beaucoup de cas ces mouvemens peuvent n'être pas entendus, bien que l'enfant soit encore vivant, par exemple, lorsqu'il est dans un état d'apoplexie. Il exprime l'opinion

que le toucher est encore, dans la pratique des accouchemens, le moyen d'exploration le plus puissant ; et selon lui, il n'est rien de ce que le stéthoscope apprend, qui ne puisse aussi être appris et mieux par le toucher. Enfin il repousse comme vicieuse la dénomination de stéthoscope, et propose d'y substituer celle d'*hyster-acoustique*. M. Bouillaud a souvent entendu les battemens du cœur du fœtus, ils lui ont paru être plus fréquens que ne le dit M. P. Dubois ; ils étaient de 170 à 180 par minute, et leur nombre diminuait graduellement à mesure que le fœtus approchait du terme de la grossesse. M. Piorry enfin demande si M. P. Dubois a pratiqué l'auscultation à l'aide du stéthoscope introduit dans le vagin, ainsi que l'a conseillé M. Nauche ; M. P. Dubois répond négativement. M. Deneux rappelle un cas où le stéthoscope, employé de cette manière, a fait reconnaître l'insertion du placenta sur le col de la matrice.

Séance du 6 *décembre*. — M. H. Cloquet, commissaire de l'Académie en Russie pour observer le choléra-morbus, et M. Lemaire, médecin de St-Pétersbourg, sont présens à la séance.

Eaux minérales de Pandour et de Ragozzi en Bavière.— M. Boulay fait un rapport sur les eaux minérales de Pandour et Ragozzi en Bavière, eaux sur lesquelles il a été fait un premier rapport en juillet 1827 (V. le tome XIV *des Archives*, p. 593). Une nouvelle analyse de ces eaux par M. Kartner, a prouvé qu'aux divers élémens qu'y avait trouvés Vogel, il faut y ajouter, dans l'eau de Pandour, hydro-bromate de magnésie 0, 68, phosphate de soude 0, 50, alumine, 0, 15, matière organique extractive, 0, 09 ; et dans l'eau de Ragozzi, hydriodate de magnésie 0, 70, phosphate de soude, 0, 99, alumine, 0, 13, matière organique extractive, 0, 15.

Séance du 13 *décembre*. — Annonce de la prochaine nomination d'un titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de MM. Gallée, Vergèz et Caille. La section de pathologie chirurgicale est chargée de présenter six candidats.

Remèdes secrets. — M. Loiseleur-Deslonchamps, au nom de la commission des remèdes secrets, propose, et l'Académie adopte le rejet ; 1° d'un *spécifique* du S^e Lefol, de Pasy, département de l'Eure, contre le choléra-morbus et les maux de gorge ; 2° d'un *vulnéraire* du Sr Thinleau de Conches, département de l'Eure ; 3.° d'une *eau pour les yeux*, du S.r Semat, dentiste à Reims ; 4° d'une *eau balsamique* du Se Lejeune, de Rouen ; 3.° d'un *élixir*, du S.r Chiffe, de Paris ; 6.° d'un *collutoire*, du sieur Grandval, médecin à Arras : 7.° d'un *collyre*, de M.lle Durande, de Rhiviers, département de la Dordogne ; 8.° enfin, d'une *pommade antipsorique*, du S.r Lefèbvre, d'Elbeuf. Au contraire, M. Loiseleur-Deslonchamps propose a l'Académie de conseiller au gouvernement l'acquisition,

moyennant 3,000 fr., de la poudre dite de *Saney*, du S.r Bazière, contre le goître. Déjà la commission des remèdes secrets avait en 1828 porté un premier jugement favorable sur ce remède ; mais l'Académie avait ajourné le rapport jusqu'à de nouveaux essais. Ceux-ci ayant confirmé les résultats favorables qui avaient été obtenus la première fois, la commission propose d'appliquer à ce remède les dispositions favorables du décret du 18 août 1810. — L'Académie adopte ce rapport, en élevant de 3,000 à 5,000 fr. la somme à donner à l'inventeur.

Le reste de la séance a eté employé à renouveler les commissions de vaccine, des épidémies, des eaux minérales et des remèdes secrets, et le comité de publication.

Séance du 20 décembre. — La séance a été en entier consacrée à la formation du bureau pour l'année 1832 : ont été nommés, président M. Breschet ; vice-président, M. Boulay ; secrétaire annuel, M. Guéneau de Mussy ; membres du conseil d'administration, MM. Laugier et Husson. Il reste à nommer un troisième membre du conseil.

Séance du 27 septembre. M. Adelon est nommé membre du conseil d'administration.

Choléra-morbus. — M. Dalmas, en son nom et aux noms de MM. Dubled, Sandras, Boudard et Allibert. commence la lecture d'un rapport sur la mission que leur avait donnée l'Académie d'aller observer le choléra-morbus en Pologne. Partis de Paris, le 12 juin le 30, ils étaient à Varsovie, et de ce jour jusqu'à la fin d'octobre, ils ont toujours été au milieu de l'épidémie. Ayant observé le choléra dans tout l'espace compris entre l'Elbe et la Vistule, ils l'ont vu attaquer tous les rangs, tous les âges, tous les sexes. Indépendamment de la difficulté attachée à toutes les questions de contagion ; ils ont trouvé des obstacles à l'entier accomplissement de leur mission, dans l'ignorance où ils étaient de la langue polonaise, dans les troubles résultant des grands évènemens qui se passaient autour d'eux, et dans l'habitude qu'avaient les populations d'apporter trop tardivement leurs malades aux hôpitaux, et d'enlever au contraire trop tôt les morts. Ils ont recueilli beaucoup de documens près les autorités polonaises, près des médecins polonais et des médecins français envoyés par le comité de Paris ; ils n'ont pu s'en procurer près des Russes.

C'est à Konix, petite ville polonaise, à 4 milles de la frontière prussienne, qu'ils virent le 28 juin, pour la première fois, un cholérique ; ils ne purent obtenir de renseignemens certains sur la cause de la maladie. Arrivés le jour même à Kolo, ville de 4,000 ames de population, le choléra y régnait depuis dix jours, y ayant été ap-

porté, disait-on, par des Juifs qui avaient acheté des hardes de prisonniers russes; il y avait déjà eu 160 malades, dont 66 avaient péri. Ils visitèrent, dans cette ville de Kolo, un hôpital qu'on avait établi dans une auberge, et rien de plus affreux que le tableau qu'ils font de ce prétendu hôpital.

Le 30 juin ils entrèrent à Varsovie, ville de 120,000 âmes de population, partagée en deux parties, l'une dite la *ville basse*, réunissant toutes les causes possibles d'insalubrité, habitée par des juifs et par la classe pauvre; l'autre, dite la *ville haute*, bien située, bien aérée, bien bâtie, et occupée par les riches. C'est dans la ville basse que le cholera a surtout exercé ses ravages.

Voici la description qu'ils donnent de la maladie, à laquelle ils assignent trois degrés. *Invasion*, tantôt brusque, tantôt précédée de troubles dans l'appareil digestif, et surtout de diarrhée; on a remarqué que généralement les blessés, surtout ceux dont les plaies étaient en pleine suppuration, ne furent pas atteints du fléau. — *Premier degré*: cholera très-léger, consistant en un faible trouble des fonctions digestives, malaise, perte des forces, étourdissemens, coliques, diarrhée, vomissemens, hoquet; évacuations glaireuses, dysentériques; crampes passagères, sueurs, insomnies; guérison en quelques jours, sous la seule influence de la diète et du repos. — *Second degré*: celui-ci offre deux périodes; l'une de *spasme* d'abord, puis de *collapsus*, pendant laquelle le mal va en augmentant; l'autre de *réaction*, pendant laquelle il diminue. Les symptômes de la période de spasme ont généralement une invasion subite; ils consistent en vomissemens, douleurs à l'épigastre, déjections alvines souvent répétées, tiraillemens spasmodiques des muscles, crampes douloureuses des membres inférieurs; la matière des évacuations est bientôt un liquide séreux légèrement jaune, mêlé de flocons albumineux. Les vomissemens laissent après eux un sentiment particulier de vacuité. Bientôt les douleurs abdominales augmentent; le malade se plaint d'une soif intense, est en proie à une extrême agitation; la face est hippocratique, le pouls très-faible et fréquent. Peu après le malade ne peut plus se soutenir; son pouls est imperceptible; il est glacé, livide, sans voix; ses déjections sont involontaires, et un grand affaissement a remplacé l'agitation qui existait naguères. En même temps que le corps à l'extérieur est glacé, le malade accuse une grande chaleur à l'intérieur, une oppression intolérable par instans; il se livre à des mouvemens automatiques; et cependant la langue est presque naturelle et l'intelligence est entière. Si le malade doit guérir, alors survient la période de réaction qui dissipe graduellement tous les symptômes, une fièvre vive survient, la figure se colore, une sueur s'établit; les matières reprennent le caractère de la

santé ; l'urine qui était supprimée reprend son cours, le sommeil se rétablit, et bientôt le malade entre en convalescence. Chaque période a duré deux jours. Sans doute cette seconde forme de la maladie a offert des variétés ; tour à tour on y a vu dominer les phénomènes de lividité et d'asphixie, ou ceux des crampes et des douleurs. Souvent pendant sa durée on a vu survenir des congestions du cerveau, de l'estomac, éclater des fièvres de natures diverses ; souvent enfin elle a été suivie de gastro-entérites ou de typhus. Le *troisième degré* est celui qui est le plus promptement et le plus certainement mortel. Les symptômes sont les mêmes ; mais ils sont plus intenses, se montrent plus rapidement et amènent la mort en 12, 10, 6, 4, 2 heures. Dans cette cruelle maladie la matière des vomissemens et des selles paraît remplir les organes digestifs, au point que le ventre semble empâté, fluctuant ; si une veine est ouverte, le sang ne coule pas ou ne coule que goutte à goutte ; ce liquide a une couleur plus foncée, paraît être moins liquide et plus froid.

A cette description symptomatique de la maladie, M. Dalmas et ses collègues joignent les détails suivans sur les lésions des tissus qu'elle laisse à sa suite : 1.° une matière liquide, transparente, d'un gris blanc, remplit les intestins et la cavité des autres membranes muqueuses ; ce liquide est mêlé de flocons albumineux, et laisse déposer une couche plus épaisse à la surface de l'estomac et des intestins ; sa quantité est d'à-peu-près trois livres. Si la mort est plus tardive, cette quantité est moindre, et le liquide mêlé d'un peu de bile. Un semblable liquide remplit d'autres muqueuses, la vessie, les reins, les bronches, les fosses nasales. M. Dalmas a trouvé quelquefois à la surface du péritoine une viscosité poisseuse. 2.° Il y a une injection générale du système veineux ; à partir des cavités droites du cœur, toutes les veines sont gorgées de sang ; savoir, tous les gros troncs du thorax, les veines du foie, celles des intestins qui dessinent au dehors et au dedans de ces canaux des arborisations de couleur brune, les sinus de la dure-mère, la pie-mère, le cerveau, etc. Souvent même existent des taches sanguines dans les organes, dans les points où l'ingestion est la plus forte ; tous les parenchymes ont par suite une couleur plus foncée. 3.° La vessie est très-resserrée et vide.

Rien d'extraordinaire ne s'est montré dans aucun autre organe du corps, axo-céphalo-rachidien, mésentère et ses glandes, poumons, les divers vaisseaux, l'appareil biliaire. Dans quelques cadavres, ceux des personnes chez lesquelles la mort avait été prompte, des contractions ont apparu dans les muscles des extrémités et du thorax, d'où résultaient des mouvemens fort remarquables : une fois, par exem-

ple, M. Dalmas a vu un cadavre dont on avait écarté les membres supérieurs, les rapprocher, et en même temps les avant-bras exécuter des mouvemens de pronation et de supination.

M. Dalmas et ses collègues établissent que le choléra qu'ils ont vu en Pologne, est absolument identique au choléra d'Asie. Il leur a paru d'autant plus dangereux, que tous les symptômes qui le constituent se montraient en même temps. Ils ont cherché quelle constitution médicale avait été liée à son développement, et à cet égard ils signalent les quatre faits suivans : constitution atmosphérique froide et humide d'abord, puis chaude et sèche; apparition çà et là de quelques épizooties; prédominance de fièvres intermittentes et d'affections gastriques; enfin mortalité plus considérable en quelques lieux.

M. le secrétaire lit une note de M. le consul-général d'Égypte, communiquée par M. Jomard, associé libre de l'Académie, sur le choléra en Égypte. Le choléra s'est manifesté à la Mecque au mois de mai, et y fit de grands ravages; on ne prit pas en Égypte des mesures sanitaires suffisantes; des pelerins échappés des lieux infectés entrèrent par Kosséir et Suez, et arrivèrent jusqu'au Caire et jusqu'à Alexandrie. Dès la fin de juillet, le choléra fut à Suez, village de 400 habitans, dans lequel il fit 125 victimes en trois jours. En vain des cordons sanitaires furent établis, des lazarets institués. Le choléra fut bientôt au Caire; le 18 août il fit périr 140 personnes, le 19, 195; le vice-roi s'isola dans son palais, et beaucoup de familles s'enfuirent. Malgré les mesures que prirent à Alexandrie les consuls des gouvernemens d'Europe, le mal éclata aussi dans cette ville; il y fut affreux, surtout au Caire; souvent on y périssait en une heure; les morts étaient abandonnés dans les maisons et dans les rues; il pénétra dans le harem du vice-roi qui s'enfuit dans la Haute-Égypte. A Alexandrie, il sévit surtout sur les bâtimens du port; sur une frégate montée de 500 hommes, 350 périrent en 24 heures. Le fleau, comme ailleurs, a suivi les routes tracées, le cours des canaux et des fleuves; il a sévi avec fureur à Fouah, à Rosette, à Damiette; il a gagné la Haute-Égypte; mais à mesure qu'il remontait le Nil, il se montrait moins intense: il s'est éteint dans la Basse-Égypte vers le 1er octobre, et dans la Haute, vers le 15 octobre. Au Caire, en un seul jour, il a fait périr 1,400 personnes, et à Alexandrie 400. — On évalue à 32,000 les personnes qui sont mortes au Caire, et à 150,000 celles qui ont péri dans toute l'Égypte; sur 108 Européens qui ont été attaqués, 92 ont péri, et 16 ont guéri.

Académie royale des Sciences.

Séance du 10 *octobre*. — GOITRE. — M. de Humboldt présente un mémoire sur le goître observé dans les hautes régions de la Cordillière de la nouvelle Grenade, par M. Boussingault, voyageur français qui, depuis huit ans, a enrichi les sciences d'un grand nombre de travaux chimiques, géognostiques et de géographie astronomique. M. Boussingault examine l'influence que l'eau renfermant très-peu d'air exerce à de grandes hauteurs sur l'affection de la glande thyroïde, et fait observer que l'usage d'un sel riche en iode empêche le goître chez les habitans d'Antioquia. Les sources salées dans cette province sortent, ainsi que le fait remarquer M. Boussingault, non point de formations de grès ou de gypse, mais des porphyres même qui ont soulevé ces grès, et l'on en voit encore sortir des roches porphyriques dans des lieux où il n'existe point de grès.

GREFFES ANIMALES. — M. Dupuytren fait un rapport verbal des plus favorables sur un ouvrage de M. Dieffenbach, de Berlin, relatif aux greffes animales ou moyens d'opérer la restitution des parties détruites, soit par accident, soit par maladie. M. Dieffenbach présente d'une manière très-complète les différentes méthodes employées pour ces restitutions, méthodes qui peuvent se réduire à trois : 1.° la méthode indienne, employée depuis la plus haute antiquité, et qui consiste à réparer la partie aux dépens de la peau de la partie la plus voisine ; 2.° la méthode italienne, que Talicotius a rendu célèbre vers le XII.e siècle, et qui consiste à emprunter à une partie éloignée, comme au bras, la peau avec laquelle on répare le nez, en maintenant le bras près du nez jusqu'à ce que la peau qui doit être détachée de l'un pour alonger l'autre, ait contracté une adhérence permanente avec les parties près desquelles elle est destinée à rester ; 3.° la méthode plus moderne, qu'on pourrait appeler *écossaise* aussi bien qu'*allemande*, et dans laquelle on détache complètement, dès le premier instant, la portion de peau qui doit servir à figurer les parties perdues. C'est sur cette dernière que M. Dieffenbach insiste le plus. Du reste, il ne néglige pas les deux autres, et, pour la première surtout, il propose diverses modifications dans les procédés opératoires, modifications dont l'utilité est justifiée par les succès qu'il a obtenus en les mettant en pratique. « Le livre de M. Dieffenbach, dit en terminant M. le rapporteur, est certainement le plus complet qu'on ait écrit sur ce sujet, et mérite à tous égard de fixer l'attention des hommes qui s'occupent de chirurgie.

Séance du 24 *octobre* 1830. — CONFORMITÉ ORGANIQUE DANS LES ANIMAUX. — M. le professeur Dugès présente un mémoire

sur ce point de la science dont il lit un extrait détaillé.

L'unité de plan dans toutes les formes animales se réduit à la formule de *conformité organique dans l'échelle animale*, et l'auteur ne veut ainsi envisager que la disposition mutuelle des principales parties, et non les mêmes détails de la structure. Mais pour mettre plus efficacement ce principe à l'abri des contestations, il croit devoir le poser sur de nouvelles bases. Pour la constitution de l'échelle animale et pour la démonstration de la conformité organique et l'explication de ses écarts apparens, on ne s'est servi jusqu'ici que de la complication graduellement croissante de l'organisation. A cette loi que l'auteur formule *loi de complication des organismes*, il en joint une autre plus importante, *la loi des répétitions*, ou de *multiplicité des organismes*. Par le mot *organisme*, il entend un ensemble d'organes dont la réunion suffit pour constituer, idéalement ou réellement, un animal complet. Il prend pour exemple les deux moitiés symétriques de l'homme; l'organisation des vers intestinaux du genre tœnia, des annélides, des myriapodes, beaucoup d'insectes et surtout de larves, des crustacés alongés : chez eux, chaque segment représente en petit tout l'animal; il est composé de deux moitiés pareilles, de deux organismes opposés côte-à côte. C'est dans les annélides que cette démonstration a été bien faite et bien précisée, pour la première fois, par M. Moquin. Dans chaque segment d'une sangsue, en effet, se trouve un système complet d'organes, un centre nerveux, des anses et des renflemens vasculaires, une paire de lobes gastriques, une paire de poumons, une paire de vésicules; c'est là ce que M. Moquin appelle *zoonite*, c'est là qu'il voit un animal complet, mais simple, qui se répète autant de fois que la sangsue a de segmens; aussi avait-on remarqué depuis long-temps qu'un de ces segmens pourrait vivre quelque temps quoique séparé des autres. Ces organismes élémentaires ne sont pas toujours aussi distincts, aussi détachés pour ainsi dire; on peut remarquer, au contraire, qu'ils sont, en général, d'autant plus intimement soudés et confondus qu'on s'élève d'avantage dans l'échelle animale, et cette fusion constitue, en grande partie, l'*individualité* du tout. La loi d'après laquelle s'opère cette fusion, *loi de coalescence* ou d'*individualisation*, est donc en harmonie avec celle de complication des organismes, et il suit de là que la vie devient d'autant plus commune, l'individualité d'autant plus complète, et les fonctions d'autant plus compliquées, qu'on monte plus haut dans l'échelle.

L'individualité, dans les animaux composés, ne consiste pas seulement dans la soudure de tous les organismes, mais encore dans la jouissance commune où ils sont de certains organes devenus uniques pour tout l'assemblage, le cœur pour les vertébrés par

exemple. Tous les organes, en effet, ne sont pas également soumis à la loi de coalescence; il en est, comme les masses centrales du système nerveux, comme les appendices locomoteurs, qui restent séparés chez des animaux composés dont les organes digestifs et circulatoires sont déjà cohérens, confondus en un seul viscère.

A l'appui de ce qu'il vient de dire, M. Dugès expose les changemens qu'éprouve le système nerveux chez certains insectes à différens âges, et les recherches anatomiques auxquelles il s'est livré lui ont fait voir que le nombre des ganglions nerveux diminue de quatre dans les transformations successives de ces êtres. Cette démonstration deviendra d'ailleurs plus convaincante si, parcourant la chaîne animale, on joint à la loi de coalescence ou de fusion des organismes les *lois de disposition* qui président à leur arrangement. Trois modes de disposition se présentent d'abord à l'observateur, tantôt des grouppes d'organismes sont disposés en grappes, en bouquets, tantôt en couronne, tantôt en deux séries parallèles.

1.° A la première disposition, se rattachent tous ces animaux si singuliers, dont les organismes nombreux s'agglomèrent en touffes, en guirlandes plus ou moins garnies, qu'il est indispensable de séparer des animaux radiaires, dont l'auteur croit devoir former une division à part sous le nom de *Racémiaires*, qui rappelle la forme du plus grand nombre d'entre eux.

2.° Les animaux *radiaires* sont ceux qui ont leurs organismes disposés en cercles, en polygone régulier, en étoile, dans lesquels on voit les organismes, tantôt presque complètement isolés comme chez les pectoralins, tantôt encore bien distincts, comme chez les astéries, tantôt enfin, confondus et signalés seulement par la répétition circulaire de leurs appendices ou de leurs viscères intérieurs, comme dans les polypes, les oursins, les holothuries.

3.° Rien ne semble au premier abord plus disparate que les deux dispositions que nous venons de mentionner, et celle dont il nous reste à nous occuper, la bi-sériale; toutefois cette diversité n'est qu'apparente, et sa conformité organique n'en reçoit aucune atteinte. Un collier, tiré en deux sens opposés, changera en un instant sa forme circulaire en bi-sériale, si la traction est assez forte pour que les perles d'une moitié se rangent en contact avec celles de l'autre. Aussi, voyons-nous, d'une part, dans les spæthangues, la forme radiaire se fondre avec la binaire; et d'autre part, chez les vers intestinaux, nous retrouvons, pour ainsi dire, un mélange de la forme rayonnée et de la sériale dans la couronne de crochets, et les quatre suçoirs des tœnias, dans leurs corps articulés en longue chaîne; aussi ces animaux font-ils le passage des radiaires aux bi-sériaux, des acalèphes aux annelides.

Dans la division des racémiaires, on rencontre les mêmes gradations, soit pour la *disposition*, soit pour la *coalescence ;* déjà la binarité est évidente chez les physsaphores, et elle se joint à la fusion complète des organismes, mais non de leurs appendices, chez les physalies qui conduisent aux mollusques; ceux-ci, par les cirripèdes, nous conduisent aux crustacés. Ainsi, par deux routes différentes, mais également continues, l'observateur, partant de la division des monadaires, c'est-à-dire de celle où se trouvent les animaux simples, les animaux à un seul organisme, passe d'un côté par celle des radiaires et des helminthes, pour arriver à une sixième, celle des articulés; une septième, celle des vertébrés, complète le tableau. L'auteur fait voir que si on a récemment combattu la conformité entre ces derniers et les articulés, cela tient à une fausse analogie établie entre les parties dures des uns et des autres, et non à la fausseté du principe général. Il reconnaît qu'il existe entre ces animaux une grande différence; savoir, que les uns ont un squelette intérieur complet et une peau le plus souvent molle; les autres une peau généralement dure et un squelette nul ou rudimentaire. Mais l'absence même totale d'un squelette ne détruit pas la conformité du plan organique. En effet, en examinant d'abord les choses à l'extérieur seulement, il n'a fallu que les yeux du vulgaire pour trouver à presque tous les articulés, comme aux vertébrés, 1.° une tête portant les yeux et les organes de la manducation, contenant un ou plusieurs renflemens nerveux, ordinairement plus volumineux que les autres; 2.° un cou quelquefois confondu avec les régions qu'il doit séparer, comme nous le dirons tout-à-l'heure, en nous occupant des appendices annexés aux parties centrales dont nous faisons maintenant l'exposé; 3.° une poitrine ou thorax, et 4.° un abdomen qui, chez les uns comme chez les autres, sont quelquefois deux cavités distinctes, quelquefois confondues en une seule, et renfermant les principaux viscères de la respiration, de la circulation, de la digestion, portant vers l'extrémité postérieure les organes génitaux et l'anus.

Quant aux appendices, avec quelque attention on reconnaîtra, comme cela a déjà été soupçonné, 1.° que les mandibules des animaux articulés sont comparables à la mâchoire supérieure des vertébrés, de laquelle, par exemple, nous voyons les deux moitiés isolément mobiles chez les serpens hétérodermes. Inclinez en dedans le bord dentaire des sus-maxillaires chez ces animaux, et donnez à ces os un peu plus de liberté en avant, vous aurez de vraies mandibules de crustacés ou d'insectes: 2.° que les mâchoires de ceux-ci répondent aux deux sous-maxillaires de ceux-là, os isolément mobiles aussi chez les reptiles déjà mentionnés; composés, chez ces mêmes

reptiles et chez beaucoup d'autres, de six pièces parfaitement représentées par la mâchoire même et les quatre ou cinq articles du palpe maxillaire des insectes; 3.° que la langue et la lèvre inférieure des invertébrés répondent fort bien à quelqu'une des pièces hyoïdiennes, à la langue même des vertébrés. On la voit, en effet, se prolonger aussi bien chez les oiseaux-mouches et les pies que chez les abeilles, par exemple. On la voit en partie charnue chez les orthoptères comme chez les mammifères, les reptiles; 4.° que les pieds-mâchoires des crustacés, de même que les palpes labiaux des insectes, sont des appendices jugulaires, comme dit M. Latreille, c'est-à-dire d'autres pièces hyoïdiennes, en nombre qui n'est jamais supérieur à celui des arcs branchiaux et des cornes hyoïdiennes des poissons.

De cette comparaison même résulte une détermination plus précise de ces arcs branchiaux; et de la comparaison des pieds-mâchoires avec les autres pieds résulte encore cette grande vérité, que les mandibules, mâchoires, palpes et pieds-mâchoires, et par conséquent les parties qui leur correspondent chez les vertébrés, ne sont autre chose que les appendices d'autant d'organismes centraux, comme les membres proprement dits. Mais pour établir un parallèle plus rationnel entre les vertébrés et les articulés, choisissons un crustacé décapode : au thorax, nous lui voyons cinq paires de pieds, cinq aussi ou du moins quatre à l'abdomen : serait-il ridicule de comparer le premier groupe aux membres supérieurs de l'homme, le second, aux membres inférieurs? Le crustacé nous offre cinq membres thoraciques, mais terminés par un seul doigt, même pour ceux qui sont en forme de pince, puisque le mordant immobile de celle-ci est formé par l'avant-dernier article; l'homme n'a qu'un membre thoracique, mais terminé par cinq doigts, et l'homme a, pour vivifier, animer ce membre, cinq origines nerveuses, cinq ganglions, répondant aux quatre dernières vertèbres cervicales et à la première dorsale. Quant à la coalescence des cinq appendices en un seul, nous y sommes déjà préparés par l'exposé que nous avons fait de cette loi de fusion des organismes. Nous voyons, d'ailleurs, une fusion toute semblable s'opérer dans les monstres dits monopodes, ou chez les monstres doubles, dont deux membres thoraciques sont soudés et portent, par exemple, dix doigts sur un avant-bras ou une jambe à trois os, supportés eux-mêmes par un humérus, un fémur unique. Observons encore que la coalescence, dans un membre normal, semble se graduer à mesure qu'on s'approche davantage du tronc. A cinq doigts libres succèdent cinq métacarpiens entourés de chair et d'une peau commune, puis viennent quatre os carpiens, puis trois (le pisiforme étant un vrai sésamoïde et hors de rang), puis deux os à l'avant-bras, puis enfin un seul au bras. Il n'est donc pas invraisemblable que ce membre, simple en apparence, est quintuple en réalité.

Voyons maintenant si, considérée à l'intérieur, la structure des articulés et des vertébrés est susceptible de comparaisons aussi satisfaisantes. Une idée ingénieuse, mais trop facilement contestable, a été énoncée il y a quelques années relativement à la concordance de structure de l'invertébré et du vertébré. On y représente le premier comme marchant sur le dos et offrant, par conséquent, en bas ce que le second offre en haut, et réciproquement. Nous voyons, en effet, chez l'insecte, le cordon nerveux central et ses organes protecteurs ou vertébrés occuper la région inférieure, l'œsophage et les nerfs récurrens analogues du grand sympathique se placer au-dessus, et le centre de la circulation se placer tout-à-fait en haut; renversez sur le dos un vertébré quelconque, et vous aurez la même disposition pour le cœur, l'œsophage, le grand sympathique et la moelle épinière. Toute la différence consisterait donc dans un changement d'attitude et dans un léger déplacement des appendices locomoteurs, dans une direction des membres inclinés du côté de la face vertébrale, au-lieu de l'être vers la sternale du corps. Cette identité entre la face dite dorsale chez les uns, et ventrale chez les autres, devient, ce me semble, irréfragable, si, aux considérations que nous venons d'énoncer, on ajoute la suivante :

D'après les observations de M. Heroldt sur l'œuf des araignées, celle de M. Rathke sur l'œuf de l'écrevisse, il est bien démontré que c'est à ce qu'on nomme le *dos* de l'arachnoïde ou du crustacé que le vitellus correspond; que c'est par ce côté qu'il s'introduit dans le corps; que c'est la portion dite ventrale qui se forme la première, qui s'achève la première avec les membres qu'elle porte, le système nerveux qu'elle contient. Au contraire, on sait depuis longtemps que, chez les oiseaux, les poissons, le vitellus répond à la *face ventrale*, que c'est par là qu'il entre dans le corps, et que la première partie qui se forme, la carène, comme on l'a appelée, c'est la portion dorsale, celle qui contient aussi le système nerveux. Enfin, des observations plus récentes ont appris qu'il en est absolument de même chez les mammifères. Donc cette portion précoce dans son apparition et son développement, cette portion, qui renferme les centres nerveux, a été à tort désignée par deux noms différens, nommée spinale chez les vertébrés, ventrale chez les invertébrés; c'est chez les uns comme chez les autres, la vraie région vertébrale, et le contraire doit se dire de la région faussement nommée dorsale chez les articulés, puisqu'elle correspond exactement à la face sternale ou ventrale des animaux à squelette complet.

Gélatine. — M. Julia-Fontenelle annonce qu'il a entrepris diverses recherches tendant à améliorer la confection du bouillon d'os, et qu'il est déjà en mesure de faire connaître quelques-uns des résultats

qu'il a obtenus. Ainsi, pour ce qui a rapport à la solution de la gélatine, quoiqu'on lise dans tous les ouvrages de chimie que cette substance est très-soluble dans l'eau bouillante, il a reconnu qu'on pouvait faire bouillir très-longtemps de la gélatine pure dans de l'eau sans qu'elle y éprouvât autre chose qu'un gonflement plus ou moins considérable. Elle se dissout au contraire très-aisément lorsqu'elle contient une petite quantité de savon ammoniacal. La gélatine préparée au moyen de la vapeur en contient toujours, tandis que celle qui est préparée par l'acide hydro-chlorique en est exempte: aussi, tandis que cette dernière résiste à l'ébullition dans l'eau, l'autre au contraire s'y dissout aisément. La gélatine pure se dissout bien en ajoutant à l'eau une petite quantité d'acide ou d'alcali; mais comme cette addition est un autre inconvénient, on peut obtenir le même résultat de la manière suivante : on fait tremper dans l'eau, pendant vingt-quatre heures, la gélatine dont on a besoin; on la divise en petits morceaux qu'on place dans un vase vernissé où l'eau les baigne complètement. On met le vase au four, au moment où l'on vient d'en retirer le pain, et on l'y abandonne trois ou quatre heures. On obtient, ainsi, une gelée tremblante, très-aisée à redissoudre, et qui contient à la vérité une certaine quantité de savon ammoniacal, mais bien moins que la gélatine coulée en tablettes.

Séance du 31 *octobre*. — MALADIES DE L'ORGANE DE LA VOIX. — M. Bennati lit un nouveau mémoire sur les différentes maladies qui affectent l'organe de la voix. Dans la première partie de ce travail, il expose la nature du traitement qu'il a mis en usage, ainsi que les modifications dont il est susceptible, suivant les variétés et les complications de la maladie. L'affection est-elle caractérisée par une atonie dans les organes modificateurs de la voix, c'est-à-dire par la teinte pâle de la membrane muqueuse du gosier, que l'auteur appelle *pharyngo-laryngienne*, par la difficulté du jeu des muscles constricteurs supérieurs du pharynx, des staphylins, de la langue, etc.; il employa en toute sûreté le traitement suivant : 1.° Des gargarismes répétés trois ou quatre fois par jour, d'après la formule ci-jointe : Pr. *sulfate d'alumine*, un gros; *décoction d'orge bien filtrée*, dix onces; *sirop diacode*, quatre gros. Il marque cette formule du numéro 1, et, selon les indications, il la porte graduellement jusqu'aux numéros 12, 14, 16, et même davantage, en ajoutant à chaque numéro un gros d'alun en plus. La dose élevée seulement jusqu'aux numéros 3, 4 ou 5, suffit dans beaucoup de cas. 2.° Pendant les trois premiers jours du traitement, des frictions renouvelées aussi deux ou trois fois par jour, sur la région cervicale antérieure principalement, d'après la formule suivante : Pr. *Extrait de belladone*, douze grains; *alcool camphré*, quatre onces. Diss. S. A. — Dans les affections rhu-

matismales, l'extrait de jusquiame remplace, à la même dose, celui de belladone. — Dès que l'atonie est diminuée par ce premier traitement, il cherche à exercer la voix, de même que dans la photophobie, après la cessation des symptômes dominans, il conseille la lumière du jour. Ainsi, il engage le malade, s'il est chanteur, à faire graduellement plusieurs gammes de suite, et il lui indique en même temps le moyen de régler son haleine. Si, au contraire, le malade n'est pas musicien, il lui recommande de déclamer à haute voix, ou bien d'émettre différens sons analogues, autant que possible, à la gamme chantante. On peut remarquer que cette seconde partie du traitement, qui est propre à l'auteur, diffère essentiellement des conseils donnés en pareils cas par la plupart des médecins qui recommandent à leurs malades de ne pas parler, et à plus forte raison de ne pas chanter.

Après avoir indiqué le traitement qu'il emploie généralement, M. Bennati entre dans quelques détails au sujet des modifications qu'il doit subir, selon les variétés et les complications de la maladie. De toutes les causes qui nécessitent des modifications thérapeutiques, la plus commune et la plus essentielle en même temps, selon lui, c'est l'influence sympathique de quelques autres organes sur celui de la voix; tels que la matrice chez les femmes, l'estomac et organes de l'abdomen, etc.

Comme d'après les causes qu'il a énumérées, il peut exister, comme symptômes ou comme complication, un gonflement de la membrane muqueuse pharyngo-laryngienne, avec altération dans la quantité et la qualité du mucus; l'auteur associe au traitement indiqué pour la cause influente, l'usage du gargarisme d'alun ou celui de sulfate de zinc ou même celui de cuivre dont il a également reconnu l'efficacité, bien que son action soit un peu plus lente.

L'auteur compare ensuite les effets des astringens sur les différentes membranes muqueuses, et pénétré de l'idée qu'il y a identité d'organisation en la membrane muqueuse qui tapisse les paupières et la partie externe du globe de l'œil, il a pensé qu'il serait rationnel d'appliquer à certaines affections de la voix, des remèdes employés pour combattre des affections identiques dans les autres membranes muqueuses. Après avoir essayé les différens sels astringens les plus généralement employés dans d'autres maladies, il a adopté de préférence le sulfate d'alumine, par la raison que ce sel lui a toujours réussi le plus promptement et le mieux. M. Bennati termine son travail par des considérations sur la manière d'agir des astringens employés dans ces circonstances et par des observations pratiques à l'appui des opinions qu'il a émises dans son mémoire; sur

douze applications de son nouveau mode de traitement, il assure avoir obtenu onze fois une cure radicale et complète.

Séance du 7 novembre. — PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. — M. Becquerel communique à l'académie les résultats obtenus par M. Peschier, pharmacien à Genève, dans des recherches entreprises pour déterminer le mode d'action du sulfate de chaux sur les plantes. On sait que le plâtre est employé souvent avec avantage pour amender les terres et surtout les prairies artificielles. Fourcroy pensait que cette substance n'agissait que comme excitant de la végétation, et son opinion a été généralement admise; cependant, quelques personnes supposèrent que le plâtre pouvait, dans les temps de sécheresse, céder aux plantes son eau de cristallisation, et crurent que c'était principalement en cela que consistait son utilité. Cette dernière idée trouva peu de partisans; mais celle de Fourcroy n'étant pas exempte d'un peu de vague, M. Peschier a pensé que la question mériterait d'être soumise à un nouvel examen, et pour cela il a entrepris des expériences comparatives. Prenant deux vases remplis de sable siliceux légèrement humecté, il a semé dans l'un et dans l'autre des graines de cresson de fontaine, et il a arrosé un vase avec l'eau pure, l'autre avec de l'eau chargée de sulfate de chaux. Les plantes ayant acquis, dans l'un et l'autre vases, quelques pouces de hauteur, ont été brûlées; et des quantités égales de leurs cendres ont été soumises à l'analyse. Il a trouvé dans celles qui avaient été arrosées avec la solution de sulfate de chaux, une quantité de sulfate de potasse beaucoup plus considérable que dans l'autre. Dans une seconde expérience, il a remarqué que la proportion du sulfate de potasse augmentait encore lorsqu'en arrosant les plantes avec la solution de sulfate de chaux, on les soumettait de plus à un courant galvanique. Il en a conclu que le sulfate de chaux, employé comme engrais, était réellement décomposé. Il s'est assuré en outre que lorsqu'on employait le plâtre pour cet usage, on trouvait de l'avantage à l'employer cru.

GOMME. — M. Guérin lit un mémoire sur les gommes. Après avoir rappelé les classifications de MM. Fourcroy, Vauquelin et Thompson, l'auteur cherche à établir les caractères qui constituent la gomme. Il ne considère comme telles que les substances qui, traitées par l'acide nitrique, donnent de l'acide mucique. Après cette délimitation, il fait voir que cette propriété est due à deux principes immédiats qui se suppléent quelquefois, et quelquefois se trouvent réunis. L'un de ces principes est *l'arabine*, partie soluble, l'autre est la *bassorine*, partie insoluble. Il assigne à chacun de ces deux principes les caractères auxquels on les reconnaît; puis il divise les gommes en deux grandes classes, suivant que l'arabine ou la bas-

sérine prédomine. Il donne ensuite une analyse des différentes gommes, et fait connaître les proportions de leurs élémens immédiats.

Races humaines. — M. Dureau de Lamalle lit une note sur une nouvelle variété dans l'espèce humaine. Winckelmann s'était aperçu que sur les têtes des statues égyptiennes, l'oreille était placée plus haut que dans les statues grecques, et il attribuait cette singularité à un système de l'art égyptien, qui avait redressé les oreilles de leurs rois, tout comme les artistes grecs ont exagéré la perpendicularité de l'angle facial dans les têtes de leurs dieux. M. Dureau de Lamalle, en visitant le musée de Turin, fut frappé constamment de ce caractère de la position de l'oreille; il existait dans toutes les statues de Phta, de Méris, d'Osymandros, de Rhamsès et de Sésostris, qui appartiennent évidemment à la race Arabe ou Egypto-caucasique. Il s'assura en outre que ce caractère spécial de la hauteur du trou auriculaire se retrouvait dans le crâne des momies de la Haute-Egypte, quoique l'angle facial fut semblable à celui de la race européenne. La partie inférieure du nez est placée dans les crânes égyptiens au niveau de la ligne médiane des yeux. La tête, vers la région des tempes, est toujours beaucoup plus déprimée que dans notre espèce, ce qui provient, à ce que présume l'auteur, de la position plus élevée du trou auriculaire. Cette élévation vers le haut du crâne, dans les têtes des momies, était d'un pouce et demi à deux pouces comparativement avec les crânes européens. M. Dureau croit pouvoir assurer aujourd'hui que cette variété si remarquable pour la conformation de ses temporaux et la position de ses oreilles existe encore en Egypte. Il cite comme l'exemple le plus frappant de cette singulière conformation, qu'on peut regarder comme le type égyptien, un copte de la Haute-Egypte, Elias Boctor, qui a vécu vingt ans avec nous, et qui était professeur d'arabe vulgaire. Ses oreilles, qui s'élevaient sur sa tête comme deux petites cornes, frappaient involontairement et rappelaient le Moïse de Michel-Ange. La race hébraïque a beaucoup de rapports de ressemblance avec la race égyptienne; elle s'est conservée presque sans mélange. L'auteur l'a examinée, et il a trouvé chez M. Carmoli, juif, professeur d'hébreu, que l'oreille, sans être placée aussi haut que dans les momies et les coptes de la Haute-Egypte l'était plus notablement que chez nous. Il pense donc que ces caractères spéciaux et constans, de la hauteur du trou auriculaire et de la dépression des temporaux, suffisent pour établir dans la race caucasique une nouvelle variété, une sous-espèce, qu'on peut nommer *égyptienne*, et dont les branches les plus rapprochées sont la race hébraïque et la race phénicienne et arabe.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale, etc.; par MM. F. V. Mérat et A. J. De Lens. *Tome III.*e *(E-K.) A Paris, chez Baillière et Mequignon-Marvis.* 1831 *In-8.*o 733 *pp.*

Nous ne pouvons que recommander vivement à nos lecteurs, comme nous l'avons déjà fait plusieurs fois, un ouvrage fait avec conscience et talent, et qui forme le répertoire le plus complet que nous possédions sur la matière médicale. Nous avons entendu quelques médecins regretter que les auteurs n'eussent pas mis plus de critique dans leur ouvrage. Ce reproche ne nous paraît point fondé; d'abord, en matière médicale, la critique est fort difficile, puis, pour apprécier avec justesse, pour ramener à leur juste valeur les assertions des praticiens sur les propriétés des médicamens, il faut les connaître; il faut avoir rapproché dans un esprit de parfaite indifférence les faits analogues ou contradictoires fournis sur chaque sujet par l'expérience de tous les temps et de tous les lieux; or, c'est cette dernière tâche, et celle là seulement, que se sont imposés MM. Mérat et Delens. On peut assurer sur la première moitié du Dictionnaire actuellement publié qu'ils s'en sont acquittés avec honneur. On n'a qu'à lire, pour n'être plus tenté de leur refuser cette justice, les articles *Eau de mer, Eaux minérales; Émétique, Ergot, Fer, Ferrugineux, Gélatine, Gomme, Huiles, Iode, Ipécacuanha*, etc., qui se trouvent dans le volume que nous annonçons. Une note que nous lisons au bas de la page 138 de ce volume, nous fait penser que les auteurs ont entendu le conseil que nous leur avions adressé de rendre leur bibliographie plus complète; il paraît qu'ils se proposent d'en ajouter une sous forme de supplément à la fin de leur ouvrage.

Manuel d'anatomie descriptive du corps humain, représentée en planches lithographiées; par Jules Cloquet, *chirurgien de la Maison royale de santé, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, etc.* (Livraisons 43e, 44e, 45e, 46e, 47e, 48e, 49e, 50e, 51e, 52e, 53e, 54e, 55e, 56e et dernière.)

Malgré l'interruption que nous avons mise dans l'annonce des

livraisons de cet ouvrage important, chacune d'elles a paru régulièrement de mois en mois, et l'on peut aujourd'hui, qu'il est achevé, juger de l'utilité de ce travail remarquable. Dans les dernières livraisons dont nous n'avons pas donné l'analyse, M. J. Cloquet a représenté successsivement le système veineux et le système lymphatique du tronc, des membres et des organes intérieurs; l'appareil digestif considéré dans son ensemble et dans les détails de chacune des parties qui le constituent; l'appareil urinaire; les organes génitaux de l'homme et de la femme, ainsi que les changemens divers de l'utérus dans la grossesse; enfin, l'embryotomie avec tous ses détails. L'exécution de ces planches nombreuses mérite jusqu'à la fin les mêmes éloges pour leur exactitude et le fini du dessein; en retraçant avec fidélité toutes les particularités saisissables de la structure des organes, M. J.-Cloquet a voulu compléter cette histoire topographique du corps humain, autant que le permettent les recherches multipliées faites jusqu'à ce jour; c'est pourquoi il y a joint les détails reconnus par l'anatomie dite de texture, anatomie qui a fournie jusqu'à présent les données les plus satisfaisantes pour l'explication du mécanisme des fonctions de la plupart des organes.

Ce qui ajoutera toujours un très-grand prix à cette collection de planches, c'est que M. J. Cloquet a réuni aux dessins de ses propres dissections, la copie de ceux que l'on doit aux auteurs des travaux les plus remarquables en ce genre. Ainsi, l'on trouve dans cette galerie anatomique, les figures publiées par Albinus, Sœmmering, Santorini, Meckel, Hunter, Haller, Malpighi, Ruisch, Mascagni, Loder, Camper, Caldani, Scarpa, Gall, Tiédemann, etc. Cet ouvrage, aujourd'hui terminé, se compose de trois volumes in-4.°, dont l'un contient le texte formant un traité d'anatomie complet, le second renferme l'explication des planches, et le troisième forme un atlas de *trois cent quarante planches*. Cette division des volumes rend l'étude très-facile, en permettant de suivre à la fois la description des organes sur les figures et dans le texte. Quoique nous ayons insisté déjà un grand nombre de fois sur l'utilité et l'importance du manuel d'anatomie descriptive de M. J.-Cloquet, répétons encore ici que cet ouvrage offre un égal intérêt aux praticiens et aux élèves; car il retrace avec exactitude, aux premiers des détails dont il est souvent nécessaire de se représenter l'image, et pour les élèves il est le guide le plus sûr qu'ils puissent suivre pour se diriger et se perfectionner dans l'étude de l'anatomie.

Traité complet du choléra-morbus de l'Inde, ou Rapport sur le choléra épidémique tel qu'il s'est montré dans les territoires soumis à la présidence du fort Saint-Georges ; rédigé par ordre du gouvernement, sous l'inspection du Bureau médical ; par William Scott, *M. D., secrétaire dudit Bureau ; traduit de l'anglais par* F. P. Blin, *M. M. In-8.° pp.* xviij.-252. *Nantes et Paris*, 1831. *Chez J. J. Baillière.*

Cet ouvrage est un tableau fidèle de la maladie telle qu'elle a régné dans l'Inde ; c'est le résumé d'un grand nombre d'observations communiquées au bureau médical de Madras par tous les médecins exerçant dans cette présidence, rédigé par un médecin habile et qui lui-même a été témoin de l'épidémie. Dans les circonstances actuelles, nous pensons que M. Blin a rendu un véritable service à la science, en publiant la traduction de cet ouvrage intéressant.

Mémoire sur l'épidémie désignée sous le nom de de choléra-morbus, qui a ravagé l'Inde et qui règne dans une partie de l'Europe ; par M. Leuret, *D. M. P. Pet. in-8.° Paris*, 1831. *Chez Crochard*

Ce mémoire est le résultat de recherches nombreuses faites dans le but de découvrir quels étaient les meilleurs moyens à employer pour se préserver de cette maladie. L'auteur a analysé et comparé tout ce qui a été publié jusqu'ici sur ce sujet important, en s'attachant surtout aux écrits des médecins qui ont observé par eux-mêmes cette terrible maladie, soit dans l'Inde, soit en Europe. Nous recommandons la lecture de ce mémoire aux personnes qui, ne pouvant pas recourir aux sources originales, veulent avoir un résumé fidèle et très-bien fait de l'état actuel de nos connaissances sur ce point de la science.

FIN DU VINGT-SEPTIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGT-SEPTIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.